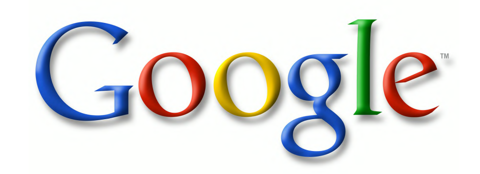
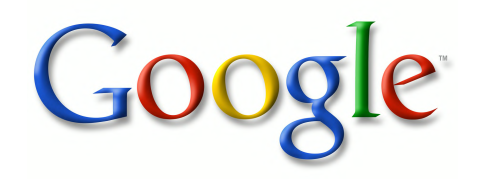
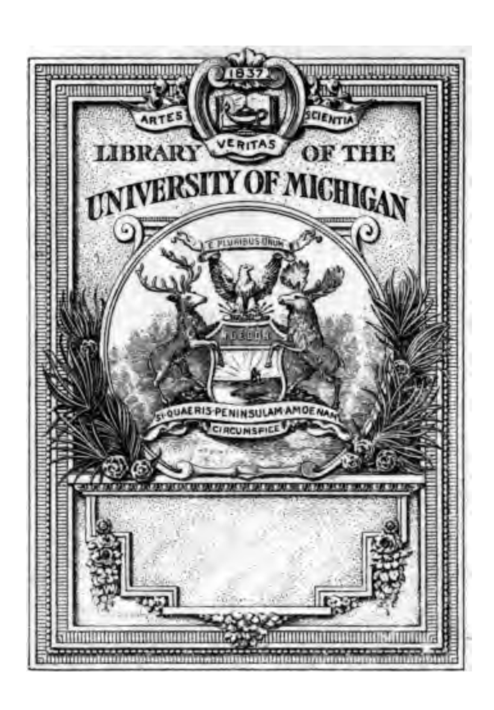




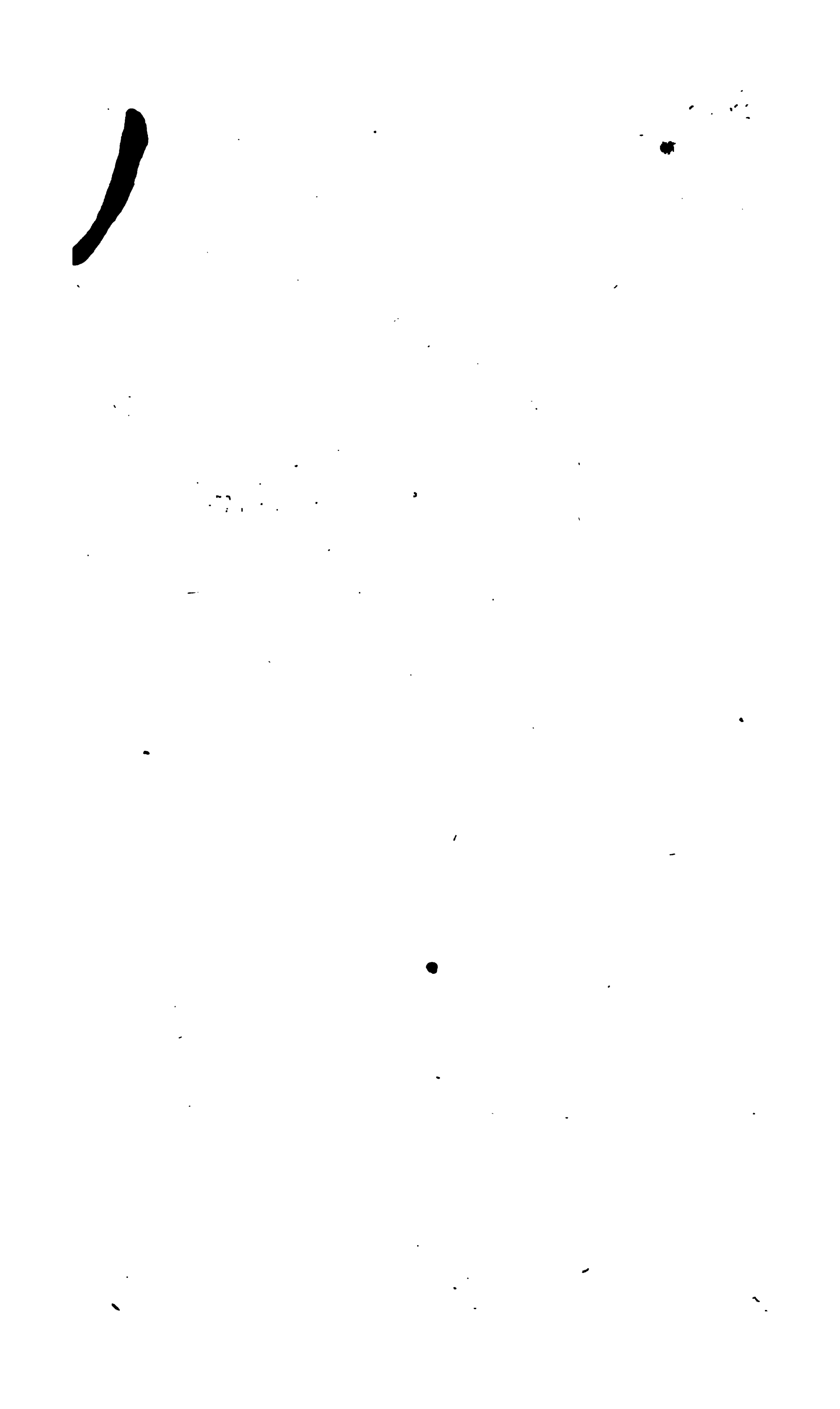

A 3 9015 00385 978 5
University of Michigan – BUHR




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME V.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1834.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1834.

De l'amaurose suite de la colique de plomb; par A. DUPLAY, *chef de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié.*

Parmi les auteurs qui se sont occupés de l'amaurose, quelques-uns seulement ont signalé comme cause de cette maladie l'empoisonnement par les préparations de plomb; mais tous ont passé légèrement sur cette particularité. C'est une cause qui ne semble pas leur offrir plus d'intérêt que les autres, et qu'ils laissent confondue au milieu de toutes celles qui peuvent produire l'amaurose. D'un autre côté, la plupart des auteurs qui traitent de la colique métallique n'ont pas parlé de cet accident qui apparaît quelquefois seul, quelquefois accompagné d'autres symptômes nerveux, chez les individus qui ont été soumis à l'influence des préparations saturnines. Il en est bien quelques-uns qui signalent le fait, mais ils passent sur lui avec la même légèreté que les ophthalmologistes dans leurs traités sur l'amaurose.

Cette sorte d'indifférence de la part des auteurs pour un accident qui est pourtant digne d'intérêt sous plus d'un rapport, laisse dans l'histoire de l'amaurose et dans celle de la colique de plomb une lacune que nous ne comblerons pas sans doute, mais sur laquelle nous chercherons à fixer l'attention des observateurs.

Les faits d'amaurose à la suite de la colique de plomb

ne sont pas très-communs ; à peine en trouve-t-on quelques-uns épars çà et là dans les auteurs et les recueils périodiques. Est ce parce que le fait par lui-même ne paraissait pas assez intéressant ? est ce parce qu'il a passé inaperçu au milieu d'autres symptômes nerveux ? Ces deux causes peuvent avoir influé sur la rareté des faits de ce genre. M. Rayer, dans le service duquel j'ai observé un cas d'amaurose produite par les préparations de plomb, m'a dit n'avoir vu cet accident que deux ou trois fois. Plusieurs médecins de la Charité qui ont traité un grand nombre de malades affectés de colique métallique, m'ont assuré n'avoir vu que très-rarement l'amaurose survenir pendant le cours de cette maladie. D'un autre côté, je me rappelle avoir entendu dire par M. Trousseau, dans une des séances du concours pour la chaire de clinique médicale, que cet accident n'était pas rare à la suite de la colique de plomb, et qu'il l'avait observé un très-grand nombre de fois.

Quoi qu'il en soit de la fréquence de cet accident, il survient d'une manière si brusque, il jette dans un tel état d'inquiétude et les malades qui sont quelquefois privés tout-à-coup de la vue, et le médecin témoin de l'accident, qu'il est vraiment utile de l'étudier d'une manière toute spéciale. Quelle sera la durée de l'amaurose ? de quelle manière se terminera-t-elle ? Le malade doit-il recouvrer la vue, ou bien l'a-t-il perdue pour toujours ? cette complication exige-t-elle un traitement à part ? Toutes ces questions se présentent nécessairement à l'esprit du médecin témoin d'un fait de ce genre, et il serait du plus haut intérêt de pouvoir les résoudre. Or, il n'était possible de le faire qu'en rapprochant les uns des autres les faits de ce genre qui ont été observés, et qui à la vérité sont en fort petit nombre.

Le premier fait que nous allons rapporter a été observé à l'hôpital Saint-Antoine, et se trouve consigné dans un

mémoire sur l'emploi du sulfate d'alumine dans la colique métallique. Quoique l'on y passe assez légèrement sur l'accident qui nous occupe, cette observation n'en est pas moins intéressante sous plusieurs rapports.

Obs. I.re — *Colique métallique chez un individu déjà plusieurs fois affecté de la même maladie. Symptômes cérébraux, puis amaurose. Emploi du sulfate d'alumine et des purgatifs. Guérison de l'amaurose et de la colique métallique* (1). — J. Maiseau, d'une forte constitution, d'un tempérament bilieux, âgé de 40 ans, tonnellier, fut porté le 27 février à Saint-Antoine, dans un état que je pris d'abord pour celui de l'ivresse. A cet état succédaient par intervalles des accès d'une fureur telle, que Maiseau cherchait à se précipiter sur les personnes qui l'entouraient. Il avait l'air hagard, prétendait qu'on en voulait à ses jours, et au moindre bruit il se mettait sur ses gardes. Cherchait-on à exercer une pression sur l'abdomen, il entrait aussitôt en fureur et faisait des menaces. Cependant il semblait soulagé par cette pression; le pouls était d'une lenteur extrême. Privé de renseignemens, je ne savais à quoi attribuer cet état, lorsqu'on nous apporta les papiers de Maiseau. Nous y trouvâmes plusieurs certificats qui constataient que ce malade avait été traité plusieurs fois de la colique métallique; un surtout, qui portait que Maiseau était sorti de la Charité le 11 février, guéri de la colique métallique, après un séjour de trois mois. D'après cet indice, nous ne balançâmes point à lui donner un gros de sulfate d'alumine et un lavement purgatif. Trois heures après, il eut un peu de calme; la nuit fut assez tranquille; pas de selles.

Le 28, Maiseau n'est plus dans le même état de fureur; mais les facultés intellectuelles sont toujours perverties; le

---

(1) *Arch. génér. de Méd.*, tom. XVIII, p. 373. *Du traitement de la colique métallique par l'alun*, par Montanceix.

pouls est très-lent, l'abdomen très-douloureux; le malade branle continuellement la tête en l'agitant dans tous les sens. Les yeux sont grandement ouverts; la langue est sèche et rugueuse. (Sulfate d'alumine, 2 gros; lavement purgatif toutes les heures; tisane de lin.)

Le soir à quatre heures, le malade a recouvré ses facultés intellectuelles; il répond juste à nos questions, et nous affirme n'avoir aucune réminiscence sur ce qui s'est passé; il a toujours des coliques; *il est privé de la vue* (*amaurose*); il a des tremblemens dans tous les membres qui sont comme brisés. Pas de selle. (Sulfate d'alumine, 2 gros; deux lavemens purgatifs.)

Le 29, plus de douleur, plus de tremblement; retour de l'appétit, mais *l'amaurose subsiste.* Quatre selles pendant la nuit. Le 1.er mars, même état. Le 15, il a entièrement recouvré la vue. Depuis le 3 jusqu'au 12, il a pris chaque jour un gros de sulfate d'alumine: plusieurs furoncles se sont successivement montrés sur le tronc et sur les fesses. Enfin il est sorti parfaitement guéri après cinquante-trois jours d'hôpital.

Il est fâcheux que l'on ait omis dans le commémoratif plusieurs circonstances qu'il aurait été intéressant de noter. Dans les premières attaques de colique métallique, le malade avait-il déjà été frappé de cécité, ou bien avait-il éprouvé quelque autre perversion des sens? Il aurait été curieux de l'indiquer, afin de pouvoir établir si cet accident, comme les autres troubles de l'innervation, se montre pendant une première attaque de colique saturnine, plus souvent qu'après plusieurs attaques successives. Dans ce fait, on aurait aussi trouvé avec plaisir des renseignemens plus détaillés sur le genre d'occupation qui avait fait contracter la colique métallique à ce malade, et il aurait été du plus grand intérêt de savoir si depuis sa sortie de la Charité, après un traitement de trois mois, Maiseau avait été de nouveau soumis à l'influence des émanations de

plomb, ou bien si ces nouveaux accidens n'étaient que la suite et la prolongation des premiers.

Obs. II.ᵉ — *Colique métallique chez un individu qui en a éprouvé plusieurs atteintes. Amaurose survenant avec rapidité. Accès épileptiformes. Nouveau retour de l'amaurose. Guérison rapide.* — Vallée, peintre en bâtimens, âgé de 21 ans, d'une constitution forte, habituellement bien portant, entre à l'hôpital de la Charité le 13 janvier 1832. En 1828, il avait été pris de la colique de plomb, mais elle avait cédé à l'usage des purgatifs sans qu'il fût survenu d'accident. Pendant plus de quatre ans il n'avait éprouvé aucun accident de ce genre, quoiqu'il eût continué son état. Pendant les six mois qui précèdent son entrée à l'hôpital, Vallée est employé à peindre un bâtiment très-vaste, et il fait usage du blanc de ceruse. Au bout de peu de temps il éprouve quelques atteintes légères de colique. Il n'en continue pas moins ses travaux, qu'il est cependant obligé de suspendre à plusieurs reprises. Enfin, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, le mal redouble; les coliques sont tellement fortes que le malade cesse complètement de travailler. A son entrée il présente l'état suivant:

13 janvier. Face rouge, pouls normal, langue humide, nausées, plusieurs vomissemens, abdomen légèrement douloureux à la pression. Coliques très-fortes avec exacerbations violentes, et un sentiment de torsion à la région ombilicale, arrachant des plaintes et des cris au malade. Constipation opiniâtre; pas de selles depuis trois jours. Crampes dans les extrémités inférieures qui jouissent de l'intégrité de leurs mouvemens et de leur sensibilité. (Huile de croton-tiglium, 2 gouttes dans du rob de sureau; chicorée avec sulfate de soude, ℥ij; lavement purgatif.)

14. Face toujours rouge, pouls normal, langue humide et blanche; pas de selles. Les coliques sont très-vives; le malade s'agite, se tord dans son lit, en poussant des cris plaintifs. Les crampes sont toujours très-vives dans les ex-

trémités inférieures, et se font ressentir principalement dans les jarrets. (Huile de croton, 2 gouttes; opium, gr. ij; chicorée avec sulfate de soude, ℥ß; lavement purgatif.)

Pendant la journée, plusieurs évacuations alvines. Amélioration très-marquée dans l'état du malade; cessation complète des coliques et des crampes. Pendant la nuit, nouvelle exacerbation, nouvelles coliques. Aussi le 15 au matin le malade est-il à-peu-près dans le même état que la veille à la visite. (2 gouttes d'huile de croton; opium, gr. ij; orge, miel; lavement purgatif des peintres.)

Le 16, amélioration notable après plusieurs évacuations alvines qui ont eu lieu pendant la nuit. Le 17, le malade n'éprouve plus aucune douleur, et son état paraît tout-à-fait satisfaisant; mais le soir les coliques reparaissent avec une nouvelle intensité. Pendant la nuit elles sont assez fortes pour empêcher le malade de dormir et pour lui arracher des plaintes.

Le 18 au matin on prescrit (huile de ricin, ℥jß; chicorée miellée, lavement purgatif).

Le 19, nausées, langue rouge à sa pointe, légèrement poisseuse. Abdomen plus sensible à la pression, quoique les coliques soient presque nulles. Malaise général, lassitudes. Le malade a eu trois évacuations alvines après l'huile de ricin de la veille. (Chicorée miel., lavement simple, bouillon.)

Le 20, signes de gastrite; la langue est rouge à sa pointe, elle est villeuse; elle colle au doigt. Nausées; abdomen sensible à la pression; du reste, pas de coliques, pas de fièvre. (20 sangsues à l'épigastre, bain de siège, lavement de guimauve).

Le 21, amélioration très-notable, abdomen indolent, sensibilité de l'épigastre presque nulle. (Bain de siège, lavement de guimauve).

Quelques instans après la visite, nouvelles coliques qui arrachent des cris au malade. Tout-à-coup Vallée cesse de

distinguer les objets qui l'environnent. Au bout de très-peu de temps il ne perçoit même plus la lumière; il pleure, se désole, et se croit condamné à une cécité complète. Cependant M. Rayer le rassure, et lui promet le retour prochain de la vue. Le soir, nouveaux accidens nerveux, il survient tout-à-coup un accès épileptiforme. Le malade perd connaissance, il est pris de convulsions; il s'agite violemment, et ses lèvres laissent échapper une écume abondante. L'accès dure environ une demi-heure et se renouvelle pendant la nuit.

Le 22, le malade est assoupi; on le réveille avec peine; il répond lentement et de mauvaise grace aux questions qui lui sont adressées; la vue n'est pas revenue; les yeux sont fixes, les pupilles dilatées. L'extrémité du doigt, dirigée rapidement vers le globe de l'œil, ne fait exécuter aucun mouvement aux paupières. L'exposition subite de l'œil à la lumière ne détermine aucun mouvement de l'iris. Le malade se plaint; il pleure de désespoir d'avoir perdu la vue. Le pouls est fréquent, la langue blanche et humide; rien du côté de l'abdomen. (2 lavemens de lin, orge miel., vésicatoire à la nuque).

Le soir, l'état du malade est complètement changé : il répond bien à tout ce qu'on lui demande. L'œil a perdu sa fixité; la pupille offre des alternatives de dilatation et de resserrement; le malade peut distinguer les objets qui l'entourent, mais il les aperçoit à travers une espèce de brouillard. Le 23, aucun nouvel accident; la vue est nette. Rien du côté de l'abdomen. (Orge miel., lavement émollient, bouillon).

Pendant quatre jours l'état du malade est excellent, et aucun accident ne se montre; mais le 28, après la visite, il survient tout-à-coup du trouble dans la vision. Le malade aperçoit comme à travers un brouillard les objets qui l'environnent; cependant il peut encore les distinguer. Du reste, pas de céphalalgie, pas de changemens dans la circu-

lation. Au bout de deux heures la vue était nette, et cette espèce de voile qui l'avait obscurcie était entièrement tombé.

Depuis ce moment aucun accident ne reparut, et le malade sortit quelques jours après. Au bout de deux mois il revint avec des symptômes de colique de plomb, quoiqu'il n'eût pas fait de nouveau usage du blanc de céruse, et qu'il se fût abstenu de travailler. Des purgatifs firent de nouveau disparaître les accidens, mais il se manifesta une irritation gastro-intestinale violente à laquelle on opposa les antiphlogistiques. Enfin, comme la première fois, il survint des accès épileptiformes, puis des symptômes cérébraux alarmans. Il y eut un délire violent ; le malade vociférait et courait dans la salle. Plusieurs saignées générales et locales ramenèrent le malade à un état parfait de santé. Il est à remarquer que pendant cette rechute on n'observa aucun trouble des sens, et que la vue resta parfaitement intacte.

Le malade resta ensuite pendant deux mois en qualité d'infirmier dans les salles de l'hôpital, sans avoir éprouvé de nouveaux accidens. Vers cette époque il quitta l'hôpital et entra en maison.

Comme le malade précédent, Vallée n'était pas atteint de la colique métallique pour la première fois, il en avait eu plusieurs atteintes. Depuis six mois il était sous l'influence des préparations de plomb, et la cause toxique avait eu le temps d'agir profondément sur l'économie. Aussi la voyons-nous étendre son action sur l'individu long-temps après qu'il a cessé d'y être exposé. Ici encore coexistent d'autres symptômes nerveux, au milieu desquels l'amaurose aurait pu passer inapperçue si elle les eût suivis; mais elle les précéda et resta seule pendant plusieurs heures, ce qui permit de bien la constater. L'apparition et la cessation brusque de l'accident sont également dignes de remarque. Devons-nous attribuer à l'application du vésicatoire le retour de la vue? Nous l'avons vu revenir dans le cas précédent, sans

qu'aucune médication particulière ait été employée, et c'est ce que nous verrons aussi dans quelques-unes des observations qui vont suivre. De plus, le vésicatoire fut appliqué le matin, et le soir la vue était entièrement revenue avant que le révulsif eût produit son effet.

L'observation suivante sera empruntée par nous à deux journaux à-la-fois (1). Dans l'un nous verrons le malade sortir d'un hôpital après avoir été traité par le sulfate d'alumine, et figurer dans un mémoire comme un exemple de guérison par cette méthode; dans l'autre (2), auquel nous empruntons la fin de son histoire, nous voyons le même individu reparaître dans un second hôpital, huit jours après sa sortie du premier, et, quoique *parfaitement guéri*, présenter des accidens au moins aussi graves que ceux pour lesquels il était entré dans le premier hôpital.

OBS. III. — *Première attaque de colique métallique, compliquée de surdité et d'amaurose. Trois ans après nouvelle attaque avec surdité, amaurose complète et troubles divers de la vision. Un mois après, récidive sans accidens nerveux; nouvelle guérison. Nouvelle récidive trois semaines après, amaurose, surdité. Guérison.* — Mabille, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 23 ans, avait été affecté deux fois de la colique métallique. La première fois, il y a trois ans, il fut traité chez lui; il ne se rappelle que les lavemens nombreux qu'on lui administra: il fut *sourd et aveugle* pendant quatre ou cinq jours (3). La seconde fois, il y a un mois, il resta quinze jours à la Charité (4). Sorti de

---

(1) *Archiv. gén. de Méd.*, tom. XVIII, p. 377. *Du traitement de la colique métallique par l'alun;* par Montanceix.

(2) *Journ. gén. des hosp. civils et milit.*, n.° 20, 5 septembre 1828.

(3) Dans le commémoratif de l'autre observation, le malade a prétendu n'avoir recouvré l'usage complet de la vue et de l'ouïe que peu-à-peu, et deux mois après la cessation des autres accidens de la colique métallique.

(4) L'autre observation porte que cette fois encore il devint sourd

cet hôpital avec toutes les apparences d'une guérison durable, il alla passer quelques jours à la campagne pour éviter toute cause qui pourrait redonner lieu à la colique métallique; et pourtant, celle-ci se déclara huit jours après, avec plus d'intensité que jamais. Vaincu par le mal, Mabille se rend à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juillet, dans l'état suivant :

Abattement extrême et du physique et du moral; pupilles très-dilatées; abdomen rétracté et très-sensible à la pression. Coliques atroces et continuelles; depuis deux jours, constipation, nausées fréquentes, pas de vomissemens. Douleurs vagues et fourmillement dans les membres thoraciques; secousses dans les membres pelviens; céphalalgie occipitale. Langue sèche et noirâtre; bouche amère, inappétence; pouls d'une lenteur extrême, 32 pulsations par minute; peau froide et humide. (Tisanne adoucissante, julep gommeux. Sulfate d'alumine ʒj; lavement purgatif).

Le 6; pas de selles. Le malade verse des larmes, tant il souffre; il pousse des gémissemens, son pouls ne donne que 30 pulsations. Il a des vomissemens de matières porracées filamenteuses. (Sulfate d'alumine ʒij. Deux lavemens huileux).

Le 7; même état, point de selles. (Sulfate d'alumine ʒiij. Un lavement huileux toutes les demi-heures).

Le 8; les coliques sont moins fortes, le pouls donne 30 pulsations; pas de selles. (Même prescription). Le soir à 4 heure, même état. Sulfate d'alumine ʒiij.

Le 9; une selle abondante sur les 4 heures du matin.

---

et aveugle, circonstance qui ne fut pas notée par le premier observateur, mais qu'il ne tarda pas à voir se dissiper sa surdité et son amaurose. Pendant cinq jours à partir du moment où ses yeux redevinrent sensibles à la lumière, les objets qu'il fixait, quelle que fût leur couleur, lui paraissaient tout blancs; et quand il était prêt à s'endormir, les visions les plus bizarres lui apparaissaient.

Immédiatement après, soulagement marqué. Le pouls donne quarante pulsations; la langue est humide et blanche. (Même prescription).

Le 10; deux selles dans la matinée; les autres jours, convalescence. Mabille a pris encore trois gros de sulfate d'alumine jusqu'au 13, et le 16 il est sorti en parfaite santé.

Ici commence l'autre partie de l'histoire de Mabille. La scène change, et cette fois le malade est observé à la Charité dans le service de M. Chomel. Il paraît que la guérison par le sulfate d'alumine ne fut pas de longue durée, car vers le 8 ou 9 août, Mabille commença à éprouver une grande faiblesse avec engourdissement dans les bras et dans les jambes; les coliques survinrent, puis la constipation, la retraction du ventre, des envies de vomir, de la céphalalgie, et au bout de 48 heures, *diminution du sens de la vue et de l'ouie, bientôt amaurose complète* qui était entièrement dissipée lors de l'entrée du malade à l'hôpital de la Charité le 13 du même mois. Depuis le 14 jusqu'au 20, on administra le traitement dit de la Charité, et dans ce laps de temps, on observa les symptômes suivans :

Le premier jour *réapparition de la surdité et de l'amaurose* qui se dissipèrent le lendemain; la langue devint douloureuse, se tuméfia surtout dans sa partie antérieure; elle était couverte d'une exsudation membraniforme et offrait l'empreinte des dents. Au bout de trois jours, sans traitement direct, le gonflement disparut. Les premiers jours il y eut encore du trouble dans les idées. Le malade crachait sur son lit, croyant le faire dans son mouchoir. Enfin, jusqu'au 21, plus de douleur, pesanteur de tête, peu de sommeil. Tous les symptômes de colique métallique ont disparu. (Trois soupes, thériaque avec opium un grain le soir).

Le 23; le malade a depuis la veille un élancement dans

l'œil gauche et une douleur assez vive dans le même côté de la tête. (Bain; chiend. miellé, demi-portion).

25; même état, céphalalgie générale. Le 26 elle a disparu, le malade demande sa sortie qui a lieu le 27.

Ici nous rencontrons une complication nouvelle et que nous n'avons pas observée chez les malades précédens, c'est la surdité, qui se lie assez souvent à l'amaurose dans les cas de ce genre. Le malade offre cela de particulier que dès la première attaque de colique métallique il est frappé d'amaurose et de surdité. Chez les deux autres au contraire l'amaurose et les autres troubles de l'innervation ne s'étaient montrés qu'après plusieurs récidives de la colique. Chez Mabille, les accidens nerveux se reproduisent avec une remarquable uniformité, l'amaurose et la surdité apparaissent et se dissipent en même temps que les symptômes de la colique de plomb. Une seule fois la vue resta intacte, c'est cette fois où le malade entra à l'hôpital St.-Antoine.

Nous ferons encore remarquer au sujet de ce malade, comme accidens insolites, ces aberrations de la vue que nous n'avons pas encore rencontrées sur d'autres malades; je veux parler de cette coloration blanche que semblaient prendre les objets que fixait Mabille, et ces sortes de visions, cette fantasmagorie singulière qui l'obsédaient quand il venait à fermer les yeux. Ces troubles légers de l'innervation remplacent ici ces troubles beaucoup plus graves, ces accès épileptiformes, ce délire, observés chez les malades précédens; ici l'amaurose se montre bien isolée et bien indépendante d'accidens graves.

Du reste ces troubles singuliers de la vision existent quelquefois seuls et sans qu'il y ait eu amaurose complète; et nous ne pouvons à ce sujet passer sous silence, un trouble de la vue bien singulier et bien remarquable observé par un auteur allemand.

« Un jeune peintre, dit-il, très-colérique, grand buveur, « très-souvent constipé, contracte dans ses ateliers la co-

lique métallique. Depuis cet accident, il ne voyait pendant long-temps que la moitié de chaque objet qu'il regardait; ces symptômes d'hémiopie se dissipèrent avec la guérison de la colique de plomb (1). »

M. Andral, dans la *Clinique*, cite un cas de colique de plomb dans lequel on observa, comme trouble de la vision, une diplopie qui disparut avec les symptômes abdominaux. On peut voir par là combien peuvent varier ces perversions du sens de la vue.

Chez ce malade les accès sont rapprochés, ils se reproduisent à des intervalles à-peu-près semblables; aussi nous semble-t-il qu'ils peuvent être considérés comme formant une seule et même attaque à rémissions et exacerbations, et cela avec d'autant plus de raison que dans l'intervalle de chaque récidive le malade ne s'était pas exposé à un nouvel empoisonnement. Nous y voyons une cause toxique qui a profondément agi sur l'économie, qui la tient sous sa dépendance long-temps encore après qu'elle ne se révèle plus par ses effets, et qui semble se réveiller tout-à-coup, après avoir, pour ainsi dire, sommeillé pendant quelques temps. C'est ce que nous voyons du reste dans d'autres cas où le système nerveux a été aussi influencé par des agens délétères d'une autre nature. Dans la fièvre intermitttente, par exemple, cette cause délétère que nous ne pouvons pas encore bien connaître, et cette modification particulière du système nerveux qui se produit alors et que nous ne pouvons encore apprécier par nos moyens d'investigation, tiennent long-temps toute l'économie sous leur dépendance. On voit la fièvre disparaître souvent d'une manière assez prompte, puis se montrer de nouveau sous l'influence de la cause la plus légère, et d'autres fois, après un temps plus ou moins long, donner lieu à des accidens terribles par leur

(1) Vater, Thèses d'Allemagne, cité par M. Rognetta, dans un mémoire intitulé : *Recherches sur les causes et le siège de l'amaurose*; et dans la *Revue méd.* et *Journ. de clinique*, 1832, tome IV.

intensité, par leur marche prompte et insidieuse, et dont l'œil même le plus exercé peut souvent à peine reconnaître la véritable origine.

Nous ferons encore remarquer que, lors de la première attaque de colique, la vue ne fut entièrement rétablie qu'au bout de deux mois. C'est ce que nous ne retrouverons ni dans les faits précédens, ni même les autres fois que le malade fut affecté de colique métallique. Il est singulier que l'accident ait été plus grave la première fois que les autres; car, dans la colique métallique, les troubles du système nerveux sont d'autant plus intenses que la maladie a récidivé un plus grand nombre de fois. La paralysie des poignets, par exemple, ne se montre ordinairement que chez les individus qui ont été à plusieurs reprises affectés de la colique saturine. Chez ce malade, au contraire, l'amaurose a persisté beaucoup plus long-temps la première fois que les autres. Cette durée dans le trouble de la vision est importante à noter sous le rapport du prognostic; il serait à désirer que la science possédât, sur ce point, plus de faits bien observés, afin que l'on pût établir d'une manière un peu exacte la durée la plus ordinaire de l'amaurose produite par les préparations de plomb, et les chances que le malade peut avoir pour recouvrer la vue.

Dans les observations précédentes, à l'exception de cette dernière, nous avons vu l'amaurose se dissiper d'une manière aussi rapide qu'elle avait paru; d'après ces faits on devrait conclure que cet accident n'est jamais grave et qu'il disparaît avec les symptômes de la colique métallique; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'amaurose, après s'être montrée d'une manière brusque, peut survivre aux accidens de la colique et résister aux moyens même les plus énergiques, comme nous avons pu le constater chez une malade dont nous allons rapporter l'observation. Cette femme est actuellement à la Salpétrière; elle est entièrement aveugle; un de mes amis, à qui j'avais parlé du petit travail que je faisais sur cette variété de l'amaurose, m'in-

diqua cette malade comme un exemple malheureux de cette affection ; il me conduisit auprès d'elle, et cette femme, qui paraît fort intelligente, m'a donné sur sa maladie les détails que je vais rapporter.

OBS. IVe *Première attaque de colique métallique. Guérison au bout de quinze jours. Un an après, nouvelle attaque. Amaurose. — Accès épileptiformes. — Persistance de l'amaurose malgré les traitemens les plus énergiques.* — Catherine Gonet, âgée de 36 ans, travaillait au blanc de céruse depuis un an, lorsqu'elle fut prise des symptômes de la colique métallique. Elle entra à l'hôpital Cochin, avec tous les signes de la colique des peintres. Cette fois elle présenta quelques troubles de l'innervation; elle avait des crampes dans les membres supérieurs, mais elle n'éprouvait aucun trouble des sens. Les purgatifs et les vomitifs dissipèrent en quinze jours les accidens de la colique, et la malade sortit à cette époque dans un état satisfaisant. Quinze jours après sa sortie, elle pût reprendre son travail. Pendant un an, cette malheureuse qui n'avait pas d'autre moyen d'existence continua de travailler ; cependant elle était souffrante, tourmentée par des nausées presque continuelles et par une constipation souvent opiniâtre; son appétit était languissant; enfin au bout de ce temps, des symptômes de colique saturnine se montrèrent; les douleurs abdominales devinrent intolérables, les poignets s'affaiblirent considérablement, la main se fléchit sur l'avant-bras, et Catherine Gonet se décida à entrer à l'hôpital de la Charité. On lui administra le traitement dit de la Charité : elle eut de nombreuses évacuations par haut et par bas et au bout de quinze jours, les accidens observés du côté du ventre et du système nerveux se dissipèrent entièrement. La malade se préparait à quitter l'hôpital, lorsque, pendant la nuit qui précéda son départ, après s'être cependant couchée très-bien portante, elle est prise d'une céphalalgie excessivement intense et en même temps de coliques atroces; elle pousse

des cris, s'agite, se tord sur son lit, tombe plusieurs fois à terre et se roule sur le sol. Ces accidens s'étaient montrés vers minuit, et à deux heures, presque tout-à-coup, la malade perdit complètement l'usage de la vue. Elle n'apercevait aucun des objets qui l'entouraient, pas même la lumière que l'on approchait de son visage. Elle entendait bien tout ce qui se faissait autour d'elle; la sensibilité était exaltée, car le moindre bruit, me dit-elle, lui était insupportable. Le lendemain à la visite, le médecin la trouva complètement aveugle. On lui fit une saignée de l'artère temporale et on lui appliqua des sangsues en même temps que l'on donna des purgatifs. Mais les jours suivans il survint du délire, des convulsions assez violentes pour que l'on fût dans la nécessité d'employer la camisole de force. La malade éprouva des accidens entièrement analogues à ceux qui furent observés chez Vallée (deuxième observation); pendant tout ce temps on renouvella les applications de sangsues, on pratiqua plusieurs autres saignées du bras et du pied et l'on appliqua plusieurs vésicatoires aux extrémités inférieures et à la nuque. Les accidens disparurent à l'exception de l'amaurose qui resista à toute espèce de traitement. Pendant dix-huit mois la malade resta à la Charité; c'est au bout de ce temps qu'elle fut placée à la Salpêtrière. Là, on essaya encore de traiter cette malheureuse; on employa les purgatifs, le séton à la nuque, la cautérisation syncipitale avec la pommade de Gondret. Ce dernier moyen sembla apporter quelque amélioration; mais le choléra étant survenu, le traitement fut interrompu et n'a pas été repris. La malade avait cessé de voir ses règles à dater de ces derniers accidens de colique métallique; on essaya aussi en vain de les rappeler, elles ne reparurent pas.

Lorsque j'ai vu cette femme, j'ai examiné ses yeux. Les pupilles sont dilatées; la gauche l'est un peu plus que la droite. Cette dernière jouit encore de quelques mouvemens; la gauche au contraire est tout-à-fait immobile. Cette malheureuse peut distinguer le jour de la nuit; elle

perçoit les mouvemens rapides que l'on exécute devant l'œil droit, mais il lui est impossible de distinguer les objets.

Voilà certes un fait qui donne à penser : on peut donc, à la suite de la colique métallique, perdre la vue pour toujours, car il est bien probable que Catherine Gonet est vouée à une cécité complète pour le reste de ses jours. Aussi, cet accident qui tout-à-l'heure paraissait léger, que l'on voyait apparaître tout-à-coup pour disparaître en quelques heures ; qui se montrait à plusieurs reprises chez le même sujet, peut donc résister à toute espèce de traitement. Nous voyons encore chez cette femme une action long-temps prolongée du poison : pendant un an elle est en proie à des accidens, faibles à la vérité, mais continuels ; on conçoit combien, dans ces cas, l'économie doit être profondément affectée, et combien les accidens lorsqu'ils éclatent doivent présenter de gravité.

Nous émettrons au sujet de cette malade une opinion peut-être bien hasardée, car pour qu'elle ne le fût pas, il faudrait qu'elle s'appuyât sur des faits nombreux, et, comme nous l'avons déjà dit, on trouve peu d'observations d'amaurose produite par les préparations de plomb, et surtout d'amaurose incurable. Nous voulons parler du traitement qui fut mis en usage. Les saignées furent employées avec profusion ; au rapport de la malade, on y revint un grand nombre de fois. Nous nous demandons si, dans ces cas, les évacuations sanguines sont utiles, si même elles ne sont pas nuisibles, surtout poussées un peu loin. Nous nous demandons si, dans ces cas, le traitement antiphlogistique, dirigé contre l'amaurose succédant à un empoisonnement par les préparations de plomb, a plus d'action que les antiphlogistiques dirigés contre les symptômes abdominaux dépendant de la même cause. Or, les évacuations sanguines employées dans ce dernier cas sont loin d'être efficaces, comme le démontre la pratique de tous les jours. Et d'ailleurs, dans tous les autres cas où des révulsifs

et des purgatifs furent employés, l'amaurose disparut avec une grande rapidité.

A côté de ces observations d'amaurose succédant à la colique métallique, il sera peut-être de quelque intérêt de placer un autre ordre de faits qui ont quelque analogie avec les précédens; je veux parler de certaines coliques très-violentes avec constipation opiniâtre, cédant aussi aux purgatifs énergiques, et, chose remarquable, se compliquant d'amaurose comme la colique métallique. Les faits de ce genre sont encore assez rares; nous allons rapporter ceux que les auteurs nous ont présentés.

Félix Plater (1) cite le fait suivant: « Une femme éprouve des coliques violentes qui sont suivies de vomissemens. Tout-à-coup la vue se perd à tel point que la malade ne pouvait pas même, les yeux ouverts, apercevoir la flamme d'une lumière. Après trois jours de cécité, elle recouvre la vue. Quelques années après, nouvelles coliques, nouvelles convulsions, et nouvelle perte de la vue; mais la malade la recouvre encore. Enfin les mêmes accidens se renouvellent ensuite chaque année, et enfin la malade succombe. »

Le même auteur a été témoin d'un autre fait de ce genre; mais dans ce cas la malade resta complètement aveugle.

« J'ai vu, dit-il, une autre dame de distinction qui devint aveugle à la suite de coliques et de convulsions. On attribuait la perte de sa vue à des applications d'eau froide qu'on lui avait faites sur le front. Aucun moyen ne put la guérir de cette affection, et elle resta aveugle jusqu'à sa mort. »

Henri Smetius (2), savant médecin du seizième siècle, en a observé quatre cas, mais il les rapporte d'une manière très-succincte. Chez la femme d'un apothicaire, Paul Wipelius, de violentes coliques autour et au-dessous de l'om-

---

(1) *Felicis Plateri Observat.*, *libr. tres.*, libr. 1, p. 110.

(2) *Miscell. Medic. cum Th. Erasto, Bruneo*, etc., *communicata.* Francfort, 1611, in-8.°, p. 446.

bilic causèrent durant trois jours un tel affaiblissement de la vue, que la malade ne pouvait pas même distinguer la lumière des ténèbres. Il nous apprend qu'après d'autres accès de coliques, la même malade eut les jambes et les bras paralysés. »

Suivant le même auteur, un accident tout-à-fait semblable arriva à Jean Daunius, vitrier et peintre, et à Jacques Krueninger, garçon apothicaire. Mais l'amaurose dura moins long temps. Smetius, revenant un peu plus loin sur le dernier de ces malades, dit que la violence de la colique détermina chez lui la perte complète de la vue. Le malade eut bientôt après une attaque d'épilepsie. Dès qu'il en fut revenu, il prit des pilules qui le purgèrent, et il recouvra la vue.

Hildesius (1) cité par Schenk, a vu aussi une femme devenue aveugle dans un violent accès de colique, qui recouvra la vue au bout de trois jours après avoir employé un purgatif.

L'observation suivante, qui appartient à Lucas Schroeck (2) le fils, est insérée dans les *Ephémérides des curieux de la nature.*

« Un homme d'Augsbourg, d'environ 30 ans, après s'être livré pendant un assez long voyage à de fréquens écarts de régime, éprouve en 1683 de violentes coliques avec constipation opiniâtre. En même temps la vue se perd complètement. Un pharmacien lui administre des lavemens et d'autres remèdes tant internes qu'externes, mais sans aucun avantage. Le 15 octobre, après quelques jours de souffrance, le malade me fait appeler, me conjurant de lui donner quelque remède qui pût lui relâcher le ventre. Je lui prescrivis alors une potion purgative, et je lui fis appliquer des cataplasmes sur le ventre. Deux heures après

(1) *Observat. rararum*, etc. *Volumen Hildesius.*

(2) *Miscell. nat. curios.*, dec. II, an V, obs. 247.

il y a une évacuation excessivement abondante de matières extrêmement fétides, et elle est suivie d'abord d'une lypothymie, ensuite d'un violent accès d'épilepsie qui cesse bientôt et ne reparaît point. La cécité était toujours complète, quoique les yeux ne présentassent d'autre lésion apparente qu'une couleur plus foncée et une largeur plus considérable des pupilles. Le malade étant fatigué par des flatuosités, le lendemain j'ai de nouveau recours aux évacuations, et cela avec le plus grand succès; car le 17 octobre au soir, le malade commence à distinguer la lumière, et le 19 il a entièrement recouvré la santé. »

On trouve dans le même recueil une observation à-peu-près analogue.

« Un sergent, dit Nebilius (1), que son intempérance rendait sujet à des douleurs d'entrailles, étant en quartier d'hiver, fut pris de coliques violentes avec constipation opiniâtre. Un chirurgien militaire lui administra un purgatif drastique qui ne procura pas la moindre évacuation, et qui augmenta beaucoup les douleurs. Quelques grains d'opium donnés vers le soir calmèrent un peu les souffrances; mais elles reprirent toute leur intensité à l'approche du jour. Je prescrivis un lavement émollient et carminatif mêlé avec quelques onces d'huile de lin, mais il fut sans résultat et on le répéta le soir. Le malade avait pris dans l'intervalle une décoction de raisin dans laquelle on avait fait infuser des follicules de séné. Le soir, en arrivant auprès du malade, j'apprends qu'il avait complètement perdu la vue, et qu'il n'apercevait pas même une chandelle que l'on approchait de ses yeux. Je les examine et n'aperçois rien de remarquable, si ce n'est la dilatation des pupilles. Je fis préparer à l'instant deux autres lavemens avec addition d'une grande quantité d'huile. Ils furent administrés à une heure d'intervalle, et amenèrent d'abondantes évacuations.

(1) *Miscell. nat. curios.*, déc. III, an. III, obs. 82.

Dès-lors le malade commença peu-à-peu à revoir la lumière, et la colique et l'amaurose cessèrent complètement à-la-fois.

Dans l'*Ancien Journal de Médecine*, il existe deux faits d'amaurose succédant aussi à des coliques très-vives et à une constipation opiniâtre : l'une d'elles est rapportée par un nommé Fabre, médecin à Agen.

Obs. V.^e — *Coliques très-vives suivies de la perte de la vue. Saignée inutile. Guérison par les purgatifs et le tartre stibié* (1). — « Jean Barricot Serger, de la ville d'Agen, me fit appeler le 3 avril 1764, pour lui rétablir la vue qu'il avait entièrement perdue.

« Cet artisan, âgé d'environ 40 ans, ayant les yeux beaux et sains en apparence, le pouls faible et lent, le visage pâle et consterné, d'ailleurs robuste, de dessus un siège qu'il n'osait quitter crainte de tomber, répondit ainsi à mes demandes. : « Je n'ai jamais eu de gale, dartre, ni ulcère, et je me portais bien lorsqu'une colique me prit il y a dix jours, si vive que je ne savais où rester. Cette douleur d'entrailles cessa bientôt, et dans l'instant je devins tout-à-fait aveugle, tel que je suis à présent. » Il ajouta : « Le chirurgien m'a saigné; un de vos confrères a ordonné de me ressaigner du pied. Abandonné de ces Messieurs, on m'a conduit chez un médecin étranger arrivé depuis peu de Toulouse, dans cette ville, qui passe et se débite pour un homme à secrets, qui m'a dit de me faire saigner quatre fois dans un jour, ce que mon chirurgien n'a osé faire; en outre, d'appliquer des vésicatoires et un collyre d'eau de roses et de blanc-d'œuf, ce qu'on a exécuté. Après ces essais, cet étranger reconsulté m'a renvoyé aux Incurables, me voyant sans doute hors d'état de payer des potions hydragogues 20 et 25 fr., et ses élixirs 12 et 24 livres la phiole. »

(1) *Ancien Journal de médecine*, 1764, tom. XX, p. 346.

» Touché de compassion du triste sort de ce misérable qui n'avait pas même la ressource des Quinze-Vingts, je prescrivis au malade sur l'heure quatre grains de tartre stibié; le lendemain une potion de demi-once de séné, demi-gros de poudre de Tribus, et une once de manne. Le surlendemain, autres quatre grains de tartre de suite pendant neuf jours; des bols de mercure doux et de Diagrède avec l'infusion d'Euphraise; enfin, la tisane sudorifique et laxative du Codex de Paris, a fini le traitement pris pendant huit jours, avec la vapeur d'esprit-de-vin et de café reçue dans les yeux au moyen d'un entonnoir.

» Par ces moyens, Jean Barricot, le quatrième jour, distingua la clarté des ténèbres. Le dixième jour il jugea à dix pas des couleurs, et le vingtième jour la paralysie des nerfs optiques (*ex colicâ*), fut totalement dissipée, la vue rétablie dans sa première force, et au point que Jean Barricot vendange actuellement pour ses voisins. »

Quoique la manière dont le fait est raconté soit plus burlesque que scientifique, il n'en est pas moins intéressant. On retrouve dans l'invasion de l'amaurose, une rapidité que l'on observe dans celle qui succède à l'empoisonnement par les préparations de plomb. Le traitement par les évacuations sanguines n'a pas été non-plus efficace dans ce cas; les purgatifs ont tout l'honneur de la guérison. Ici l'accident n'a pas disparu d'une manière aussi brusque qu'il s'était montré; la vue n'est revenue que peu-à-peu et d'une manière graduelle.

L'autre observation rapportée dans le même Journal, t. XXI, p. 227, est une sorte de critique de celle-ci. L'auteur qui la rapporte, M. de la Guillonnière, médecin à Avranches, cherche à démontrer que le traitement employé dans le fait précédent ne conviendrait pas dans tous les cas analogues. Comme cette observation est très-longue et très-diffuse, nous en supprimerons tous les détails inutiles.

Obs. VI.ᵉ — *Douleurs abdominales vives. Constipation.*

Perte de la vue. Plusieurs saignées. Purgatifs légers. Guérison. — Un homme de la paroisse de Vains, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilieux mélancolique, assez peu sujet à la goutte (il en avait eu une attaque au pied, il y a cinq ans), fut pris il y a environ un mois de douleurs très-vives dans les bras et les cuisses, qui lui durèrent trois ou quatre jours, au bout desquels il sentit quelques douleurs sourdes dans la région hypogastrique et ombilicale. Son ventre se boucha, les urines cessèrent de couler, et la vue s'obscurcit. On m'envoya chercher pour la première fois le 6 de mai dernier. Je trouvai le malade à-peu-près dans le même état que je viens de dire. Son ventre, sur lequel j'appuyai ma main, était très-bouffi. Je lui demandai si le ventre lui faisait mal; il me répondit qu'il y sentait une sorte de rongement (ce sont ses termes), qui n'était pas considérable. J'examinai les yeux, dont il me dit qu'il ne voyait absolument rien. La prunelle en était immobile : à cela près ils me parurent dans l'état naturel. Le pouls était dur, serré, avec un peu de fréquence. La langue n'était ni chargée ni sèche. Le malade ne se plaignait ni de soif ni d'amertume dans la bouche : ce qui l'incommodait le plus, c'était la strangurie.

Les partisans de la méthode de M. Dubois n'auraient pas manqué de commencer la cure par distribuer une large dose d'émétique. Les lavemens purgatifs, les toniques, etc., auraient joué le rôle principal dans le traitement de la maladie. J'ai pris une route opposée, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir, comme on va le voir dans la suite.

Je commençai par faire appliquer des épispastiques aux pieds du malade pour tâcher d'y fixer l'humeur goutteuse que je soupçonnais être une des causes excitantes de la maladie. Je fis appliquer sur le bas-ventre un cataplasme fait avec des blancs de porreaux et de la graine de lin, ce qui fit uriner le malade assez largement. J'ordonnai un lavement purgatif; une demi-heure ensuite, une saignée de

pied, et trois heures après, un lavement calmant. Je mis le malade au bouillon de veau avec les semences froides. Le lendemain, je trouvai le malade à-peu-près dans l'état où je l'avais laissé la veille. Le lavement purgatif n'avait pas fait rendre de matières; il avait seulement augmenté la strangurie, ce qui me confirma dans la pensée où j'étais, que la goutte sereine n'était produite que par l'irritabilité des intestins qui se communiquait au cerveau *per consensum*. En conséquence, les cataplasmes émolliens, les lavemens simples, les émulsions et les saignées de pied, furent les seuls remèdes mis en usage. Après la troisième saignée, le malade recouvre la vue; mais, comme sa tête me parut encore embarrassée, je lui en fis faire deux autres qui terminèrent la cure avec une potion purgative que je lui fis prendre le sept de sa maladie. Lorsque je le purgeai, son ventre était tout-à-fait détendu : il rendait des matières à chaque lavement simple. (Il est vrai qu'il y avait encore quelque irritation dans le pouls). Quelque douce que fût sa potion, elle lui causa cependant assez d'irritation pour m'inquiéter. Le malade ayant voulu se lever pour aller à la garderobe, eut une faiblesse qui certainement ne venait que d'irritation. Le ventre se tuméfia; le pouls devint petit et serré, et le malade était menaçé d'une superpurgation : des lavemens simples, de cataplasmes émolliens, une boisson abondante et une émulsion où je fis entrer le sirop diacode, à la dose de deux gros, calmèrent tous les symptômes effrayans.

A la suite de cette maladie, c'est-à-dire 7 ou 8 jours après en avoir été guéri, ce malade a eu la goutte à la main.

Il est probable que des recherches plus étendues feraient connaître un plus grand nombre de faits du même genre.

Nous ferons seulement une remarque relativement à ceux de ces faits qui ont été observés chez des femmes. Les auteurs qui les ont cités, l'ont fait d'un manière beaucoup trop succincte. Il est impossible de savoir si, dans ces

cas, les douleurs abdominales n'étaient pas des phénomènes purement hystériques. Or, c'est ce qui semblerait bien probable, car ces femmes éprouvèrent en même temps des accès convulsifs. Chez les hystériques, d'ailleurs, l'on voit très-souvent survenir des troubles des sens aussi remarquables par leur singularité que par la variété de leurs formes, et parmi eux les troubles de la vision sont assez communs.

La même difficulté n'existe pas pour les hommes; aussi il nous semble qu'il y a une grande analogie entre ces faits et ceux de colique métallique compliquée d'amaurose. Il n'est pas très-rare de rencontrer des individus qui, sans avoir été soumis à l'influence des préparations de plomb, offrent cependant tous les symptômes de la colique saturnine. Chez eux il existe une constipation opiniâtre, des coliques violentes, revenant par accès, résistant aux antiphlogistiques et ne cédant qu'aux purgatifs. Chez eux, apparaissent aussi, comme dans l'empoisonnement par le plomb, des troubles de l'innervation, tels que des convulsions, et quelquefois aussi une amaurose plus ou moins complète. Aussi, en présence de faits semblables, on peut se demander si cette modification particulière du système nerveux qui se produit sous l'influence des émanations de plomb, ne peut pas se montrer spontanément et indépendamment de cette cause. C'est du reste une opinion qui ne nous appartient pas, et que nous trouvons émise par M. Andral, dans sa *Clinique*, à la suite d'une observation remarquable par son analogie avec la colique métallique.

Si maintenant nous résumons ce petit nombre de faits dans lesquels nous avons vu survenir l'amaurose, soit à la suite de la colique métallique, soit à la suite de coliques nerveuses, nous en tirerons les conclusions suivantes que nous lançons prématurément sans doute, mais dans le but d'attirer l'attention des observateurs sur ces différens points.

1.° L'amaurose qui succède à la colique métallique ou à ces coliques nerveuses qui s'en rapprochent, offre cela de particulier qu'elle se montre d'une manière brusque et presque instantanée ; en quelques heures les malades ont complètement perdu la vue ; ils ne peuvent plus distinguer la nuit de la lumière.

2.° Ordinairement elle se montre après plusieurs atteintes de coliques ; cependant on peut la voir apparaître dès la première, de même que l'on voit les autres troubles de l'innervation apparaître aussi chez des individus atteints pour la première fois de colique métallique.

3.° Chez la plupart des malades qui sont pris d'amaurose, on voit quelquefois ce symptôme précédé d'autres troubles de l'innervation. Chez le plus grand nombre on remarque des douleurs dans les bras, des crampes. D'autres fois un commencement de paralysie des poignets, le plus ordinairement des accès épileptiformes et du délire. D'autres fois au contraire elle survient tout-à-coup seule, isolée de tout autre accident, et c'est seulement quelque temps après que les autres troubles de l'innervation apparaissent.

4.° Pendant que les malades sont dans un état complet de cécité, si l'on examine l'œil, l'on rencontre une dilatation considérable et une immobilité complète de la pupille. L'œil ne présente du reste rien de particulier. Nous n'avons pas constaté dans le seul fait que nous avons observé nous-même, cet état particulier signalé par Weller et qu'il donne comme le caractère de l'amaurose produite par la colique métallique, c'est-à-dire, une turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclérotique, avec sentiment de plénitude dans l'œil. Nous n'avons pas observé cette particularité chez notre malade et elle n'a pas été signalée dans les autres faits que nous avons rapportés. Mais, il faut le dire, peu de détails ont été donnés sur l'état de l'œil dans les diverses observations ; aussi nous gardons-nous

de tirer des inductions contraires à celle de l'auteur que nous citons, d'après des faits incomplets sous ce point de vue.

5.° L'amaurose qui succède à la colique de plomb acquiert en quelques heures son summum d'intensité; dans un espace de temps très-court le malade ne peut plus distinguer le jour d'avec la nuit. Dans les autres variétés de l'amaurose il est rare que la maladie marche avec la même rapidité; il est plus commun de voir la vue s'affaiblir d'une manière graduelle.

6.° L'accident qui nous occupe présente ordinairement une durée courte; elle varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs mois. Le terme moyen semble être cinq ou six jours. Dans un seul cas elle a duré deux mois. Une seule fois la maladie a persisté, malgré tous les moyens employés. C'était dans un cas de colique métallique; une autre fois elle a présenté la même ténacité dans un cas d'hystérie ou bien de colique nerveuse rapporté par Felix Plater.

Nous ferons remarquer que cette dernière terminaison doit être rare, car la plupart des auteurs disent que l'amaurose dans tous ces cas disparaît rapidement; nous citerons entre autres l'opinion de Stoll sur ce point : voilà ce qu'en dit cet auteur recommandable : *Amaurosis symptomatica morborum spasticorum, morbi hysterici, colicæ saturninæ, temporaria solum est, et finito paroxismo, sponte evanescit.* » C'est en effet ce que prouvent les observations que nous rapportons, à l'exception de la quatrième.

7.° Le nombre des récidives de la colique ne semble pas influer sur la gravité de l'amaurose; car nous l'avons vu disparaître rapidement chez des individus déjà plusieurs fois affectés de la colique métallique, et au contraire nous l'avons vu persister deux mois chez un individu qui l'avait pour la première fois, et ne céder à rien chez une femme qui n'était atteinte que pour la seconde fois. Cepen-

dant le fait que nous avançons est tellement en désaccord avec ce qui s'observe pour les autres accidens nerveux de la colique métallique, qu'il a besoin d'être confirmé par d'autres observations.

8.° Dans la plupart de nos observations l'amaurose a disparu sous l'influence du traitement de la colique métallique. A mesure que les symptômes diminuaient, le malade recommençait à voir. Dans l'observation où nous avons vu l'amaurose persister, les saignées furent employées en grand nombre.

Dans les cas où l'amaurose dependait d'une colique nerveuse avec constipation, les purgatifs ont été suivis de la cessation prompte de l'accident. Dans un cas ils ont remplacé avec succès les évacuations sanguines qui avaient été inutiles. Dans un cas les évacuations sanguines au contraire ont paru présenter des avantages.

Stoll recommande, dans les cas d'amaurose succédant à la colique de plomb, l'opium et le camphre : *Amaurosin in colicâ pictorum*, dit-il, *opium et camphora tollit.* nous ne pouvons qu'indiquer le moyen, car il n'a pas été employé dans les observations que nous avons rapportées.

Sans doute le traitement par les purgatifs est utile et suffit, dans la plupart des cas, pour dissiper l'accident : cependant, s'il persistait, il faudrait, tout en ne perdant pas de vue son point de départ et sa cause première, agir énergiquement contre l'amaurose, et employer les moyens plus violens que les ophthalmologistes conseillent dans ces cas excessivement graves.

De l'hydropisie de l'utérus : observation de cette maladie, recueillie par M. GABRIEL PELLETAN, *et suivie de réflexions par M.* GUILLEMOT.

L'hydropisie de l'utérus chez les femmes enceintes,

hydrometra gravidarum (1), tenant à l'excès du liquide renfermé dans la cavité de la membrane amnios, est une maladie assez bien connue et assez facile à constater pour qu'elle ne puisse être confondue avec l'ascite, *hydropisie du péritoine* (2). Cependant l'observation suivante prouve que, pour ne pas commettre une semblable erreur, il ne faut négliger aucun des moyens d'exploration conseillés.

La dame C., d'une assez bonne constitution, réglée à 14 ans, mariée à 26, devenue enceinte immédiatement, fit successivement deux fausses couches à sept mois de conception. Dans les neuf années suivantes elle devint mère de trois enfans, dont deux sont encore vivans. A 35 ans, ayant cessé d'allaiter une fille de quatorze mois, l'aménorrhée qui existait alors, dura encore quatre ans, sans empêcher une nouvelle grossesse d'avoir lieu. L'accouchement fut à terme et heureux, la mère ne nourrit point, et cependant ce fut seulement cinq mois après que les règles reparurent pour venir à des époques variables.

Vers la fin du mois d'août 1833, à 41 ans et demi, nouvelle aménorrhée, sans aucun des symptômes indiquant une grossesse. La dame C. n'éprouve que la continuation de nausées légères, qui l'incommodaient déjà depuis un temps assez long. Trois mois plus tard, le volume du ventre était peu augmenté. Mais dès lors il s'accrut de jour en jour

(1) Les dénominations d'hydropisie de l'utérus, ou utérine, ou mieux d'hydropisie de l'amnios, doivent être préférées à celles d'hydromètre, ce dernier mot ayant l'inconvénient de désigner également un instrument qui sert à mesurer l'eau : en voulant, ce qui était inutile, franciser les mots grecs μήτρα et μέτρον, faciles à distinguer à l'oreille et à la lecture, on aurait dû mettre un accent grave sur le premier *e* du mot mètre, traduisant μήτρα, et un accent aigu sur l'*e* du mot métre, pris pour le mot μέτρον.

(2) Voir les articles *Grossesses*, insérés par M. Marc dans le *Dict. des Sciences méd.*, édit. Panck., t. XIX, p. 393, année 1817; et par M. Desormeaux, dans le *Dict. de Méd.*, t. II, p. 385, année 1824.

d'une manière extraordinaire. A la même époque, les douleurs se firent sentir dans la région lombaire droite.

Un médecin consulté examine le ventre et annonce une hydropisie abdominale d'une très-difficile guérison. Il fait en deux fois poser quarante sangsues sur le lieu douloureux, ce qui soulage peu, et n'empêche pas l'hydropisie de faire toujours de rapides progrès. Un second médecin, appelé dans les premiers jours de janvier 1834, promet la guérison. Ayant par des purgatifs déterminé des évacuations alvines assez abondantes, l'hydropisie parut diminuer, mais bientôt le contraire eut lieu. Alors le médecin eut recours aux diurétiques généralement conseillés, tels que le nitre, les préparations de scille, de digitale. Ce traitement fut, sans aucun succès, continué pendant douze jours. Dans la nuit du 15 au 16 janvier, des douleurs vives qui, de la région, lombaire gauche se dirigeaient vers le bas-ventre, font penser à la malade qu'elle pourrait être enceinte et sur le point d'accoucher. Cependant elle n'a jamais senti de mouvemens d'enfant. Elle fait venir une sage-femme qui, après avoir pratiqué le toucher, affirme aussi que la maladie est une hydropisie abdominale, et qu'il n'y a pas de grossesse. Dans la journée du lendemain, les douleurs étant disparues, le diagnostic de la sage-femme parut confirmé. Je fus appelé le 19 janvier.

La maigreur générale, l'abattement des traits, l'enfoncement des yeux, l'air de souffrance, font craindre une affection organique très-grave; le volume de l'abdomen, beaucoup plus grand qu'il ne le serait par suite d'une grossesse de neuf mois, put faire croire à une ascite. Je fus bientôt éloigné de l'existence d'une semblable maladie, 1.° par la forme du ventre, qui, de même que dans la grossesse, était arrondi à la partie antérieure et porté en avant, tandis qu'il était aplati sur les côtés et en arrière; 2.° par une fluctuation, nulle aux parties latérales et postérieures, très-évidente dans toute la partie antérieure de l'abdomen,

d'où elle répondait à l'orifice utérin; 3.° enfin par le membre inférieur d'un fœtus, facilement touché en portant le doigt dans le col de l'utérus.

J'obtins ainsi la certitude que la maladie était une grossesse avec excès de liquide renfermé dans la membrane amnios.

Mais cette grossesse était-elle simple ou double? Le produit de la conception était-il vivant?

La souplesse du col de l'utérus permettant au doigt indicateur d'explorer à travers les membranes de l'amnios une assez grande surface du fœtus, il me parut évident que tous les mouvemens que j'imprimais étaient reçus par un corps privé de la vie. Néanmoins je dois convenir que le doute devait encore être admis, d'autant plus que l'auscultation n'apprenait rien à ce sujet (1).

La question relative à un second fœtus, à son état de vie, resta toute entière à décider sans qu'il me fût possible d'en obtenir la solution. Ce qui n'était point douteux, c'est que la grande masse du liquide contenu dans l'utérus déterminait sur la totalité des viscères abdominaux et par l'intermédiaire du diaphragme sur ceux des cavités pectorales, une pression tellement énergique, que la gêne de la respiration était très-grande; que déjà depuis plusieurs jours non-seulement aucun aliment ne pouvait plus passer, mais encore que l'estomac rejetait, par le vomissement, toute espèce de boisson, quelque petite que fût la quantité ingérée. Cette dernière circonstance et la pression exercée sur la vessie, font connaître la cause qui faisait que l'urine était très-rouge, très-épaisse, en très-petite quantité, et qu'elle était rendue fréquemment.

La malade, lorsqu'elle était debout, supportait avec peine le poids du liquide épanché; plus gênée lorsqu'elle

(1) Lorsque, par l'auscultation, on n'entend pas les mouvemens du cœur d'un fœtus, on n'a qu'un signe négatif, douteux.

était assise, elle ne pouvait au lit que rester couchée sur le dos, et encore pour diminuer la pression était-elle obligée de soutenir son ventre en mettant ses mains sous les parties latérales et postérieures de l'abdomen, ce qui nécessitait une action continue, et l'empêchait de se livrer au sommeil. Dans toutes les autres portions du corps, la pression sur les viscères abdominaux ou sur le bord antérieur du bassin, les tiraillemens des ligamens de l'utérus déterminaient des douleurs insupportables.

La dame C., très-affectée de sa pénible position, voyait son existence menacée, et cependant elle sentait que le poids qui l'accablait était la seule cause de sa maladie, et que s'il était enlevé elle renaîtrait à la vie.

Cet espoir, qui paraissait seul la soutenir, était devenu pour moi une certitude, lorsque j'eus reconnu la cause de ses souffrances. L'hydropisie toujours croissant étant arrivée au dernier terme auquel la malade pouvait la supporter sans danger pour sa vie, il était évidemment impossible qu'elle pût attendre le temps nécessaire pour la viabilité du produit de la conception.

Comme, d'après les observations des auteurs, il devenait plus que probable que la masse du liquide ambiant, si funeste à la mère, serait un obstacle au développement et à la vie de ce même produit de la conception, supposé qu'il fût encore vivant; comme d'ailleurs l'affaissement du col de l'utérus, sa mollesse, les douleurs ressenties trois jours auparavant, les fréquens besoins d'uriner, indiquaient un travail d'accouchement seulement suspendu; comme les parties extérieures de la génération étaient encore dans leur état ordinaire, on ne pouvait, surtout à cause de la cessation des douleurs, préciser rigoureusement l'époque à laquelle ce travail reprendrait son cours; comme l'état du col de l'utérus pouvait, surtout après l'évacuation du liquide, faciliter les manœuvres nécessaires pour extraire un fœtus qui ne pouvait avoir au plus que cinq mois; comme il ne pou-

vait qu'être fâcheux d'attendre seulement quelques jours que le travail de l'accouchement reprit; tandis qu'il était avantageux d'obtenir le plus promptement possible la délivrance d'une femme qui, par son état de faiblesse, de souffrances, la privation absolue d'alimens, de boisson et de sommeil, devenait de jour en jour moins favorablement disposée pour supporter les fatigues d'un accouchement, je me décidai à vider la matrice.

A l'aide d'une pince à pansement je déchirai la partie de la membrane qui se présentait à l'orifice du col de l'utérus, et profitai, pour évacuer graduellement le liquide et le recueillir, de ce que l'ouverture du col, en s'appuyant sur la paroi postérieure du vagin, trouvait un obstacle à l'écoulement, tandis qu'il était facilité en relevant avec le doigt le bord antérieur du col.

A peine une pinte de liquide avait-elle été évacuée, que la malade se trouva beaucoup soulagée. Lorsque j'en eus retiré près de la moitié de ce qui était contenu, une légère lipothymie nécessita l'usage de quelques cuillerées d'eau sucrée unie à partie égale de vin.

Je retirai huit pintes de sérosité d'une légère couleur jaune-verdâtre, sans compter la quantité perdue dans le lit, laquelle fut suffisante pour mouiller largement et de part en part trois matelas.

Les forces suffisamment ranimées et après un repos convenable, à l'aide des doigts je dilatai peu-à-peu le col, de manière à permettre l'extraction du fœtus que j'avais touché en premier lieu. Amené par les pieds, la tête fut extraite à l'aide du forceps, qui me servit principalement comme un moyen plus puissant pour dilater le col. Ce fœtus avait environ quatre mois et demi; son état général indiquait qu'il était mort depuis plusieurs jours. Dans les derniers temps de son extraction j'ai senti un second fœtus. Celui-ci, en présentant la tête, vint très-facilement; à sa suite, fut retiré le double placenta qui s'était, en second lieu, offert à

l'orifice utérin. Enfin le tout fut terminé par la sortie d'une quantité de sang aussi considérable que celle qui aurait résulté d'un accouchement à terme.

D'après la lividité de toute la surface du corps, la facilité avec laquelle l'épiderme se détachait, je crois que ce second fœtus, plus petit que le premier, pouvait être mort depuis sept à huit jours : il me paraît aussi probable que sa mort fut la cause de celle du premier, et qu'elle provoqua la fausse-couche déclarée le 15 janvier.

Pendant tout le temps de la manœuvre, qui, en y comprenant les momens du repos, dura tout au plus deux heures et demie, la matrice, revenant sur elle-même au fur et à mesure qu'elle était vidée, ne donna pas le moindre signe d'une contraction expulsive : aucune douleur d'enfantement ne fut éprouvée, et les tentatives faites pour dilater le col furent même peu douloureuses.

La dame C., ne sachant comment exprimer son bien-être, fut remise dans son lit; toute la surface de son ventre fut recouverte d'un cataplasme, et une diète rigoureuse, une infusion de tilleul édulcorée, la plus grande tranquillité, furent conseillées.

Toutes les boissons passèrent; dans la journée les urines reprirent leur cours ordinaire; les lochies coulèrent en abondance pendant deux jours, une légère fièvre de lait se manifesta, et le septième jour, sans avoir éprouvé le moindre accident, la malade était en parfaite convalescence.

Réflexions. — Les annales de la science nous offrent un assez grand nombre de faits semblables à celui que M. G. Pelletan vient d'exposer. Dans tous les temps, on a senti le besoin, devant les erreurs de diagnostic qu'on avait commises, de rechercher les signes qui doivent nous éclairer. De nos jours, Scarpa (1), en retraçant les différences qui s'observent entre l'ascite et l'hydropisie de la matrice, ap-

---

(1) *Mélanges de chirurgie étrangère*, tome I.er

pela, à l'exemple des anciens, notre attention sur la forme que prend l'abdomen dans l'une et l'autre maladie. Suivant cet illustre observateur, lorsque l'utérus fécondé est seul hydropique, le ventre a une forme régulière, comme dans la grossesse à terme, quoiqu'il n'y ait encore que cinq mois depuis la conception. L'extension rapide de la matrice dans l'hydropisie, nous explique les désordres des fonctions des organes abdominaux et thoraciques, désordres qui n'existent pas dans une grossesse régulière et à une époque où l'utérus a le même développement. Le signe de Scarpa, noté par Guillemeau, Mauriceau, etc., rappelé par Baudelocque, acquiert une nouvelle valeur du fait recueilli par M. G. Pelletan, car c'est lui qui a conduit cet honorable praticien à la découverte d'une maladie que des hommes de l'art avaient méconnue. L'existence de deux fœtus, coïncidant communément avec l'hydropisie de l'amnios et l'extension extrême de la matrice, peuvent modifier la forme de l'abdomen ; mais les changemens qui arrivent ne sont pas portés assez loin pour faire disparaître ce signe, aux yeux de celui qui met de l'attention dans l'examen d'une maladie. L'exploration pratiquée suivant les préceptes de Baudelocque, et l'auscultation fournissent assez de lumières pour ne pas confondre de nos jours l'ascite avec la grossesse compliquée de l'hydropisie de la matrice. Aussi, comme le prouve l'observation rapportée, l'erreur est-elle moins le résultat de l'art, que de la négligence de ceux qui le pratiquent.

Si la médecine, sous le rapport du diagnostic, a fait dans ce cas des progrès, disons qu'elle est restée stationnaire en ce qui concerne le traitement, car elle ne nous présente depuis plus d'un siècle que les mêmes préceptes. Attendre avec patience l'heure de l'accouchement, en soumettant la malade à un régime, ou rompre les membranes lorsque la femme est en danger, pour donner lieu à l'écoulement des eaux et accélérer la délivrance, telles sont les indications

que nous sommes encore chargés de remplir. Cependant la nature nous enseigne une autre marche, dans les cas où la grossesse s'est conservée, en donnant une libre issue à l'eau amniotique, à mesure qu'elle vient à être surabondante. On voit dans l'observation d'Ingleby, publiée dans les *Archives générales* de février dernier, un exemple frappant de cette ressource. A six mois, les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent abondamment. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que tous les deux ou trois jours les eaux s'échappèrent de la matrice, et la quantité, qui s'écoulait chaque fois, était d'une pinte un quart. La femme arriva au terme de la gestation. Après la délivrance, on découvrit, outre l'ouverture que la tête avait faite au centre des membranes dans son passage, une seconde ouverture circulaire placée sur le rebord du placenta. Mauriceau (1) nous avait signalé cette rupture des membranes, mais jusqu'à ce jour elle n'avait pas été démontrée par des preuves directes. « On voit, disait-il, quelquefois des femmes qui, long-temps devant que d'accoucher, vident les eaux de leur enfant, qui s'écoulent seulement en partie par une légère rupture de leurs membranes, qui se fait en quelqu'endroit qui, ne répondant pas à l'orifice interne de la matrice, empêche qu'elles ne s'écoulent entièrement. » Cette opinion a été celle de Camper (2), de Starck (3), etc. Elle paraît dé-

(1) Obs. 361.

(2) *De hydrope uteri.*

(3) *Acta n. curios.*, tome III.

L'un des exemples les plus remarquables de rupture prématurée des membranes, suivie de l'écoulement des eaux, est celui que rapporte Burgess. Quoique publié depuis trois ans en Angleterre, il paraît n'être pas connu en France; c'est pour ce motif que nous allons le traduire.

« M.me B..., dit-il, âgée de 31 ans, d'une constitution délicate, déjà mère de trois enfans, enceinte de trois mois, fut attaquée dans la soirée du 10 juin 1829, d'une légère perte utérine accompagnée d'une évacuation considérable des eaux de l'amnios. L'avortement paraissait imminent; on lui ordonna des médicamens astringens, le repos ab-

montrée dans tous les cas où les eaux qui s'écoulent partagent toutes les qualités du liquide amniotique. Si, dans l'examen des membranes, on n'a pas découvert de déchirure, c'est que les recherches n'ont pas été faites avec soin, ou que la déchirure a pu se confondre avec celle qui a servi au passage de l'enfant. La présence de la poche des eaux au moment du travail n'est point une preuve con-

---

solu et la position horizontale. Les préparations opiacées furent administrées, et des applications froides furent faites sur la région des pubis et sur les parties naturelles. On ne pouvait attribuer le développement de ces accidens qu'aux fatigues d'une promenade que cette dame avait faite le jour précédent. Le traitement eut l'effet désiré, car l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'évacuation des eaux de l'amnios continua. Tout alla bien jusqu'au 10 septembre, époque où l'hémorrhagie reparut avec violence. On prescrivit le repos absolu, et on fit usage de la teinture d'opium à hautes doses, et de la mixture d'une infusion de roses et d'acide sulfurique étendus. Des compresses froides furent appliquées comme auparavant. La perte cessa le 11. Mme B... se plaignit de pesanteur dans le vagin, comme si l'enfant allait être expulsé. En examinant, on découvrit un large caillot, que je me gardai bien d'extraire dans la crainte de rappeler des dangers. 50 gouttes de teinture d'opium furent immédiatement administrées, et procurèrent à la malade un sommeil de deux heures, à la suite duquel elle se sentit mieux et se trouva affranchie de la perte. Cependant les eaux de l'amnios continuèrent de couler; le pouls était faible et battait 80 fois. Il y avait constipation, douleur à la tête et chaleur à la peau : la langue était chargée, la malade s'était plainte de nausées. On prescrivit une potion saline pour arrêter ces derniers accidens, et l'huile de ricin fut administrée avec de l'eau de canelle. Le caillot s'échappa des parties le matin; le soir Mme B... parut beaucoup mieux; elle avait eu trois abondantes selles. Les eaux de l'amnios continuèrent encore de couler. Le 14, l'amélioration se maintint, mais la liqueur amniotique s'échappa encore pendant plusieurs jours des parties naturelles. La malade fut maintenue dans le repos. Des apéritifs furent donnés. Le 24, une légère hémorrhagie apparut; elle cessa spontanément au bout d'une demi-heure. Le 25, Mme B... eut un retour d'hémorrhagie, mais toujours sans douleur. Je pratiquai le toucher, et trouvai le col de l'utérus encore fermé : la perte fut encore arrêtée par les moyens précédemment employés. Les eaux de l'amnios ne discontinuèrent point de paraître jusqu'au 6 octobre, époque où je fus appelé. L'hémorrhagie avait reparu avec violence; la femme était très-

traire à cette opinion ; car il arrive quelquefois, dans un accouchement fort ordinaire, de voir se former une nouvelle poche des eaux, après la rupture des membranes, lorsque cette rupture a eu lieu sur un point éloigné de l'orifice utérin. Il est une loi propre à tous les organes ; c'est celle de tendre à se débarrasser de tout ce qui s'oppose à l'accomplissement de leurs fonctions. Cette faculté est sur-

---

faible; la pâleur de tout son corps attestait à quel danger elle était exposée. J'administrai un léger cordial avec de la teinture d'opium et du vin. Les eaux de l'amnios continuèrent à s'échapper. Tout alla bien jusqu'au 23, époque où les dangers reparurent, mais alors le travail s'annonça par de légères douleurs qui se succédaient de dix minutes en dix minutes ; il était accompagné de l'écoulement des eaux de l'amnios et de la perte de sang. A l'aide du toucher, je reconnus que l'orifice interne était dilaté à-peu-près de la largeur d'un shelling. Durant chaque douleur je tentai d'augmenter cette dilatation au moyen des doigts de ma main droite ; je découvris alors que le placenta était attaché sur le col. L'orifice interne était rigide, état qui ne se rencontre pas ordinairement dans les cas de pertes utérines. J'espérais que les contractions prendraient plus de fréquence et d'intensité, mais il en fut autrement ; elles devinrent graduellement plus faibles et plus rares. Je me determinai alors à administrer une décoction de seigle ergoté. Au bout de douze minutes de cette médication les douleurs parurent expulsives et plus fortes, et cinq minutes après l'orifice était suffisamment dilaté pour me permettre d'introduire la main dans la matrice et de terminer l'accouchement. Après après avoir porté la main dans cette cavité, du côté où le placenta était détaché, je sentis la tête de l'enfant au-dessus de cet organe ; mais en cherchant à ramener les fesses au détroit abdominal, une violente contraction survint, et je crus nécessaire de retirer la main pour ne point exposer la matrice à être déchirée. La tête du fœtus la suivit dans le vagin, et arriva bientôt au-dehors. L'enfant était vivant. Le travail n'était pas encore terminé, car un second enfant était renfermé dans la matrice. La poche des eaux se forma, et je rompis les membranes ; un second fœtus fut expulsé accompagné des deux placentas, et sous l'influence de la même contraction. L'hémorrhagie cessa. En examinant le placenta du premier enfant, on voyait manifestement qu'il y avait eu décollement dans la moitié de son étendue, et qu'une grande partie était cicatrisée. La femme se releva heureusement de ses couches. (*The London medical and physical Journal*, année 1830, page 115).

tout dévolue à la matrice, comme l'attestent les nombreux exemples de grossesses doubles qui deviennent simples, à la suite de l'expulsion du jumeau qui a succombé. Sans sortir de notre sujet, nous pouvons citer comme preuve de cette vérité l'observation de Fabrice de Hilden : « Une femme, rapporte cet auteur, grosse de cinq mois, rendit, à la suite de douleurs pareilles à celles qui annoncent l'accouchement, une grande quantité d'eau évaluée à dix livres, et une poche qui servait à contenir ce liquide. Cet accident ne troubla point le reste de la grossesse, qui, à l'aide du repos et du régime, se termina par un accouchement très-heureux. » Ce fait, n'est point, comme on l'a prétendu, un exemple d'une nouvelle espèce d'hydropisie de la matrice. Les observations nous autorisent à penser qu'il y a eu une grossesse double. L'un des fœtus a succombé et s'est dissous entièrement dans les eaux de son amnios. C'est cet œuf que la nature a expulsé pour permettre le développement du second jumeau.

Ce que la nature a fait dans l'hydropisie de la matrice, l'art l'a une fois exécuté. A la suite d'une méprise sur le siège véritable de l'hydropisie, une ponction fut faite à travers les parois de la matrice : il sortit d'abord quatre livres environ d'un fluide blanc très-limpide avec un peu de sang qui ne se mêla pas à l'eau, et dont la quantité augmenta de plus en plus. Un corps se présenta à l'extrémité de la canule, et s'opposa à l'issue du fluide; l'opérateur vint à bout de l'en écarter à l'aide d'une sonde cannelée, et de faire sortir encore une quantité considérable de fluide, mais de plus en plus chargé de sang vermeil et en si grande abondance que la malade perdit ses forces. Il retira la canule, quoiqu'il n'y eût d'évacué que le tiers du fluide épanché. La malade se trouva soulagée, sa respiration devint plus libre, l'abdomen moins tendu, et elle n'éprouva aucun des accidens que l'hémorrhagie avait fait craindre. Ce soulagement dura quinze jours, mais, après ce terme, le ventre

était revenu à un état de tension et de tuméfaction si considérable, que les côtes en étaient soulevées. La malade réclamait avec instance une nouvelle ponction; elle lui fut refusée. Cinq jours après, le travail se déclara, et la femme mit au monde deux enfans vivans, dont la sortie fut précédée de l'écoulement d'une quantité d'eau évaluée à 36 ou 40 livres (1). Baudelocque a remarqué, avec raison, que cette ponction avait retardé le travail. En évacuant environ douze livres d'eau, on a fait cesser cette distension, ce tiraillement des fibres utérines qui semblaient ne pouvoir être portées fort au-delà, sans être forcées de réagir et de se contracter (2). Mais en mettant la matrice dans de nouvelles conditions, on a prolongé le terme de l'accouchement. Les fœtus se sont développés, et si on eût pratiqué une seconde et une troisième ponctions, il est probable que les enfans seraient nés viables. La ponction, telle qu'elle a été faite chez le sujet de cette observation, n'est pas sans danger pour la mère et l'enfant, comme le prouve l'hémorrhagie qui l'a accompagnée. Sans nous arrêter à discuter l'opinion de Camper, de Scarpa, etc., etc., nous trouvons, dans le fait rapporté, des motifs assez graves pour la rejeter et pour lui préférer l'évacuation des eaux à travers le vagin et l'orifice utérin. Il suffira, pour remplir cette indication, d'une sonde qu'on introduira entre les membranes et les parois de la matrice, et avec laquelle la rupture sera faite à un endroit assez éloigné de l'orifice utérin. A la suite de l'évacuation, le travail peut ne pas se déclarer, et nous avons lieu d'espérer ce résultat, d'après des exemples de rupture des membranes faite dans le but de provoquer l'accouchement prématuré, dans les cas de vices de conformation du bassin, et d'après les insuccès qu'on a éprouvés pour arrêter quelque-

(1) *Recueil périod. de la Société de Médecine*, t. VI, page 349.
(2) *Idem*, page 374.

fois par ce moyen le développement de la grossesse. Alors il se formera une nouvelle accumulation de liquide, qui en distendant la matrice provoquera elle-même peut-être la déchirure des membranes au lieu où la rupture aura été préalablement faite. Si cet événement ne survenait pas, on pourrait répéter la même opération dans les cas où la distension serait extrême. Enfin, une considération qui doit nous faire croire à la prolongation de la grossesse, c'est que le travail ne se déclare spontanément dans les cas d'hydropisie que par la dilatation énorme de toute la capacité de la matrice, et qu'en faisant cesser cette cause par l'évacuation du liquide, la matrice n'aura pas lieu de réagir. Peut-être nous objectera-t-on que cette opération ainsi pratiquée est inutile, puisque, d'après Puzos, les enfans périssent communément dans cette espèce de maladie, et que Baudelocque n'a connu d'autre observation où le fœtus était né vivant, au moment où la nature s'est efforcée de se débarrasser de cette grande quantité d'eau, que celle que nous avons rapportée. Les motifs de l'opinion de Puzos sont, que les eaux s'amassent et se conservent longtemps dans la matrice, que leur volume énorme comprime le placenta et l'enfant, ralentit la circulation et finit par l'intercepter tout-à-fait, lorsque l'hydropisie est à son dernier degré. Il est vrai que, lorsque l'enfant succombe, ce n'est généralement qu'à une époque rapprochée du travail, comme dans l'observation de M. Pelletan. Mais de la connaissance de ce fait, doit-on tirer des indications autres que celles de ne pas attendre la dernière période de la maladie, et d'agir, comme dans l'observation de M. Duclos, de Toulouse, aussitôt que l'orifice utérin présente un commencement de dilatation? Nous ne le pensons pas. Quant à l'opinion de Baudelocque, elle n'a pas été sanctionnée par l'expérience; car, dans la plupart des observations publiées sur ce sujet depuis vingt ans, les enfans sont venus vivans au monde. Celui que M. Duclos reçut était âgé

de deux ans, lorsque ce praticien transmit son observation à la Société de médecine, établie dans le sein de la Faculté de Paris (1).

L'opération que nous proposons, si elle a du succès, aura aussi du revers. Dans cette dernière condition, elle nous offrira des avantages qui nous détermineront toujours à la pratiquer; car l'écoulement des eaux se fera très-lentement; la matrice aura le temps de se contracter et de revenir sur elle-même, et par là ne sera pas exposée à cette inertie, cause des pertes foudroyantes qu'une déplétion trop subite fait naître. Les praticiens qui ont cherché à remplir, dans ce cas, l'indication de ralentir l'écoulement des eaux, n'ont pas rencontré les mêmes avantages dans les moyens qu'ils ont employés. Maintenant il ne nous reste plus qu'à rapporter une observation où la méthode proposée a été mise en usage, et nous la choisirons parmi celles où le talent eut à lutter contre des accidens que l'application de cette méthode a peut-être empêché d'être mortels.

Mme G.** (rapporte Mme Boivin), demeurant à Paris, place des Victoires, avait tous les symptômes apparens d'une hydropisie ascite; mais comme elle avait eu d'abord quelque idée de grossesse, et qu'il lui semblait parfois sentir remuer, nous fûmes appelés pour constater l'état de l'utérus. En effet, cette dame se trouvait enceinte d'environ six mois. L'abdomen continuait de se développer d'une manière effrayante à cause de l'état de suffocation qui en résultait. M. Duméril et moi, d'après le consentement des parens, nous fîmes demander l'avis de M. Dubois. Nous venions d'examiner la malade qui était dans le huitième mois de la grossesse. Le col utérin était totalement effacé; l'orifice assez entr'ouvert pour arriver jusqu'aux membranes, dont nous proposâmes la rupture, comme le seul moyen de

(1) Tome VI des Bulletins, 1818-1819, page 213.

réduire les dimensions de l'utérus qui était le siége de l'hydropisie, et d'amener le plus promptement possible les contractions de ce viscère. Ce point convenu, nous glissâmes dans l'orifice une sonde de femme, et nous rompîmes les membranes à une certaine profondeur, pour empêcher que l'utérus ne se vidât trop brusquement

L'eau s'écoula pendant à peu près douze heures; les parois de la matrice se rapprochèrent insensiblement; l'orifice s'entr'ouvrit assez pour laisser couler un petit fœtus vivant du poids de deux livres et demie à trois livres; mais l'utérus était resté dans un état de collapsus complet, le sang ruisselait de sa cavité; la main que nous y avions introduite se trouvait plongée dans un énorme sac vide, absolument vide.

Le placenta, que nous reconnûmes pour tel par le cordon grêle qui nous avait servi de guide, ne formait qu'une couche mince, qui s'étendait dans presque toute l'immensité de la face interne de ce viscère. Ce ne fut qu'après beaucoup de peines et de tentatives réitérées que nous parvînmes à détacher entièrement, à amener au dehors, roulé plusieurs fois sur lui-même, un placenta sans forme, muni de son cordon.

La délivrance dura plus de trois quarts d'heure, et pendant ce temps, la perte cessait et reprenait avec plus ou moins de violence, quoique ayant mis en usage, avec la plus grande célérité, tous les moyens prescrits en pareil cas, et dont, à l'avance, nous nous étions pourvus pour obtenir la contraction parfaite de l'utérus et la cessation totale de la perte. Jamais hémorrhagie ne fut plus effroyable, et n'exigea plus de sang-froid par rapport à l'accident lui-même, et aux circonstances qui l'accompagnaient. La mère de la jeune dame fut prise de violens accès de convulsions; le mari, effrayé de l'état de sa femme et de celui de sa belle-mère, perdit la tête, au point de vouloir se jetter par la fenêtre. Il n'y eut qu'une petite

dame, amie de l'accouchée, qui tînt bon, et qui nous fut d'un grand secours par sa présence d'esprit et son intelligence à nous servir dans cette conjoncture des plus critiques.

M. Dubois, que nous avions fait prévenir, arriva comme la délivrance venait d'être terminée et la perte arrêtée : nous fîmes ensemble l'examen du placenta. Après l'avoir déroulé, nous jugeâmes qu'il avait douze pouces dans un sens opposé. Dans les points les plus épais, et qui étaient distans les uns des autres, il n'y avait guère que deux à trois lignes d'épaisseur : c'était sur un de ces points qu'était implanté le cordon. Les vaisseaux ombilicaux serpentaient et se croisaient irrégulièrement dans une grande étendue de membranes.

Malgré l'excessive perte de sang que cette dame avait éprouvée, elle s'est assez promptement rétablie, et après avoir suivi pendant une année un régime tonique et fortifiant, et pris les bains de mer, elle eut deux grossesses successives des plus heureuses, et les deux enfans furent allaités par elle avec beaucoup de succès. (*Observations et Réflexions sur les cas d'absorption du placenta*, p. 15).

Considérations de clinique chirurgicale : 1.° sur le traitement de la fistule lacrymale par la perforation du sinus maxillaire; 2.° sur l'extraction des calculs volumineux par les tailles périnéales intra-prostatiques; *3.° sur une espèce rare de luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut et en avant ; par le doct.* LAUGIER, *chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé en exercice à la Faculté de Médecine.*

1.° *Perforation de la paroi externe du canal nasal pour guérir la fistule lacrymale.*

J'ai proposé, il y a déjà quelques années, de perforer la

paroi externe du canal nasal, et d'établir ainsi une route artificielle aux larmes dans le sinus maxillaire pour guérir la fistule lacrymale. Cette proposition faite trop modestement, je le crois, puisque je me bornai alors à insérer à ce sujet une lettre au rédacteur des *Archives*, a été jusqu'ici à-peu-près oubliée des praticiens et combattue par quelques autres sans qu'aucun se soit vraiment donné la peine d'étudier la question. Je sais qu'en tout pays c'est là le sort des propositions nouvelles, et par cela même que je m'y attendais, je me suis promptement résigné à l'accueil fait à cette petite publication. Je comptais d'ailleurs en appeler à l'expérience, et donner par de nouvelles recherches plus de poids à l'idée que j'avais émise. Je suis plus loin aujourd'hui que jamais de vouloir y renoncer, et les réflexions que j'ai faites à ce sujet, quelques faits très-concluans, me donnent l'espoir de voir dans quelques années cette méthode de traiter la fistule lacrymale mise en pratique par les praticiens comme méthode générale, ce qui ne veut pas dire qu'elle réussira constamment, ou sans le secours de la médecine, puisque certaines causes de la fistule lacrymale, les scrofules, par exemple, sont en général fort mal combattues par l'opération seule, quelle que soit d'ailleurs la méthode employée.

Mais, d'abord il faut établir la possibilité et la convenance de l'opération proposée, les chances de succès qu'elle présente, et il faudra bien aussi, puisque j'ai été attaqué sur ce terrain, mettre hors de doute que je suis, non pas seulement le premier, mais le seul qui ait fait la proposition d'ouvrir une route artificielle aux larmes dans le sinus maxillaire.

Rappelons d'abord en peu de mots comment j'ai été conduit à proposer cette route artificielle; j'étudiais sur une tête sèche le trajet de la route proposé par Wolhouse à travers l'os unguis, lorsque je fis la remarque que la cloison qui sépare le sinus maxillaire du canal nasal n'était pas

moins mince et moins fragile que l'os unguis, et qu'il serait facile d'ouvrir de ce côté une route artificielle aux larmes. La moindre réflexion me fit bientôt entrevoir qu'aucune des difficultés que l'on éprouve d'ordinaire, non pas à pratiquer, mais à maintenir la perforation de l'os unguis, n'existerait au même degré si l'on perforait le sinus maxillaire au-dessous de l'orifice supérieur du canal nasal. En effet, en perforant l'os unguis, on le fait soit directement et horizontalement de dehors en dedans, la route artificielle correspond alors à une partie étroite des fosses nasales et non déclive par rapport au sac lacrymal, ou bien on dirige l'instrument de dehors en dedans et de haut en bas, et le trajet oblique de la route artificielle a quelques lignes de longueur dans l'épaisseur de la pituitaire; l'oblitération ayant lieu dans un point quelconque de cette longueur, la voie artificielle est fermée. A travers l'os unguis on trouve sur ses deux faces, mais surtout à sa face interne, une membrane muqueuse épaisse, molle, peu adhérente à l'os, si on la compare à celle du sinus maxillaire. De ce côté au contraire une voie toujours déclive par rapport au sac lacrymal, un trajet court, direct, une cavité large, et de ce côté, une membrane muqueuse presque fibreuse et peu disposée à se gonfler même dans l'état d'inflammation, ainsi que je viens d'avoir l'occasion de le constater, il y a une quinzaine de jours, en promenant le doigt dans ce sinus distendu depuis huit ans, par une collection de mucus et de sang altérés : partout je sentis la membrane interne du sinus lisse, nullement gonflée ni tomenteuse.

Frappé des avantages apparens que m'offrait cette voie nouvelle pour les larmes, je ne pus me persuader que déjà la proposition n'en eût pas été faite, quoique mes souvenirs ne m'offrissent rien de semblable, et ainsi que je l'ai dit dans mon mémoire, (*Arch.*, t. XXIII, pag. 466). Je m'adressai à mon érudit ami Dezeimeris pour m'aider à compulser les sources à ce sujet. Rien de semblable n'é-

tait indiqué dans les répertoires de la chirurgie, et ce ne fut que plusieurs semaines après, qu'en lisant le mémoire de M. Briot de Besançon, couronné en 1815 par la Société médicale d'émulation, sur les progrès que la chirurgie militaire avait fait faire à l'art depuis les guerres de la révolution, j'y rencontrai une observation des plus curieuses et qui confirmait entièrement mes prévisions sur l'efficacité de la route artificielle nouvelle. Je n'ai point omis de citer cette observation dans mon premier mémoire. Je vais la rapporter ici (1).

« J'opérais, il y a environ neuf ans, en présence de plusieurs confrères, un jeune domestique qui avait une fistule lacrymale, et j'éprouvais, à rétablir le canal naturel, des difficultés qui me disposaient à me servir de l'emporte-pièce de Hunter, lorsque je priai M. Pecot, qui avait été mon maître, et dont j'étais devenu le collègue et l'ami, d'essayer s'il pourrait y parvenir. Celui-ci se servit, pour sonder et chercher ce canal d'un stylet de fer non boutonné, et comme dans les recherches et ses tâtonnemens il portait en dehors et en bas le bout de son stylet, et qu'il appuyait un peu fortement ; le stylet s'enfonça tout-à-coup d'un pouce de profondeur, et l'opérateur crut qu'il avait pénétré dans le canal nasal ; mais je lui fis bientôt comprendre par la direction du stylet en bas et en dehors, par la sensation d'un corps particulier que le malade disait éprouver sur les racines des premières dents molaires, et par l'absence du stylet dans le nez, qu'il n'avait pas pénétré dans le canal nasal, mais qu'il avait percé le plancher très-mince de *la fosse orbitaire* et était entré dans le sinus maxillaire. Après nous en être convaincus, ce malade se trouvant un peu fatigué, nous remîmes à un autre moment de *terminer* l'opération. Après avoir pansé et quitté le malade, je dis à mes confrères que je prévoyais que la guérison pourrait

(1) *Mémoires de la Société médicale d'Émulation*, t. VIII, p. 244.

résulter de l'espèce d'accident par lequel nous venions d'établir une fausse route ; qu'il serait possible que les larmes passassent du sac lacrymal dans le sinus maxillaire à travers l'ouverture pratiquée à la voûte, et de ce sinus dans la fosse nasale à travers l'autre d'Hygmore. Curieux de savoir ce qui résulterait de cette observation, nous convînmes de placer seulement un peu de taffetas gommé sur la fistule, et nous vîmes avec plaisir qu'aucun accident ne résultait de l'espèce de fracture faite à la *voûte* du sinus maxillaire ; que la narine s'humectait, et que la fistule se disposait à guérir. Au bout de quinze jours elle fut en effet guérie, au point, que pendant huit ans que ce domestique a servi M. le préfet, on ne voyait pas de quel côté il avait été opéré. J'ai toujours pensé que les larmes avaient suivi et continuaient à suivre le trajet que je viens d'indiquer.»

Ainsi la guérison avait eu lieu promptement, quoique rien n'ait été fait pour rendre permanente l'ouverture accidentelle ; c'est donc la disposition favorable des parties qui, dans ce cas, assura le succès. Il n'a manqué à M. Briot, pour tirer de cet accident une méthode opératoire, que d'analyser ces circonstances favorables, et de conseiller de pratiquer la perforation du sinus à la cloison externe du canal nasal, mais à ses yeux cette opération est restée un accident qui pouvait par hasard conduire son malade à la guérison. Il n'a pas pensé, et je le conçois, à donner le précepte de percer *la voûte orbitaire*. Néanmoins son observation nous est restée pour prouver la possibilité de la guérison par la communication du sac lacrymal avec le sinus, et l'innocuité du passage des larmes par cette voie. Il résulte, en effet, de cette opération, qu'une perforation accidentelle faite à la voûte orbitaire dans le voisinage de l'orifice supérieur du canal nasal à l'aide d'un stylet dont le volume ne nous est pas connu, il est vrai, mais qui ne dépassait peut-être pas celui du mandrin des canules ordinaires, a été suivie de guérison complète, sans

que rien ait été tenté pour maintenir la voûte artificielle ouverte dans le sinus maxillaire. Que l'on compare cette facilité et cette sûreté de la guérison à la difficulté et à l'incertitude de la perforation de l'os unguis : n'est-il pas clair que de ce côté il y a dans la situation relative des parties, et dans les circonstances que j'ai déjà mentionnées plus haut, des conditions tellement favorables à la guérison, qu'elle s'opère pour ainsi dire d'elle-même et par le seul fait de la communication accidentelle du sac lacrymal et du sinus maxillaire ?

Je vais citer une seconde observation que M. Dezeimeris a trouvée dans le *Traité des maladies de la bouche*, par Jourdain, depuis la publication de mon premier Mémoire ; peut-être ne semblera-t-elle pas moins concluante ; elle est intitulée : *Fistule lacrymale pénétrant dans le sinus maxillaire droit*, t. I.er, page 296.

« En 1760, dit Jourdain, un particulier vint me consulter pour une mauvaise odeur qu'il avait dans le nez, et pour du pus qu'il mouchait. Je vis le pus dans son mouchoir. Ce malade était attaqué d'une fistule lacrymale, et les progrès de la carie avaient occasionné une perte assez considérable du canal nasal. La fistule externe avait le diamètre d'une plume ordinaire. Quand le malade expirait, la bouche et le nez fermés, le pus remontait par cette ouverture, et dès qu'il inspirait le pus descendait. Il sentait une espèce d'égoût qui se formait dans la narine. J'observai si cet écoulement ne se faisait pas par le cornet inférieur. Il avait lieu à la vérité par cet endroit, mais le pus gagnait plutôt le côté de la gorge que la partie antérieure et inférieure de la narine. Ce phénomène me donna lieu de soupçonner qu'il y avait communication de la fistule lacrymale avec le sinus, parce qu'en effet l'ouverture de ce dernier se jette bien plus à la partie postérieure des narines qu'à leur partie antérieure. Je sondai la fistule externe, ayant eu soin de courber mon stylet suivant la direction qu'il

générale ; quelques faits nouveaux m'y autorisent. M. Jobert, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, m'a dit et répété souvent depuis quelques mois, qu'il avait traité avec succès plusieurs malades de fistule lacrymale par la méthode que j'avais proposée ; je ne puis, il est vrai, donner d'autres détails sur ses observations. Mais je vais citer un exemple de prompte guérison par cette opération que j'ai pratiquée moi-même sur une malade entrée à l'hôpital Necker le 2 avril 1834, et opérée quinze jours avant sa sortie, qui eut lieu le 1.er mai.

La femme Fossier, Marie-Jeanne, âgée de 72 ans, marchande, demeurant rue de l'Université, n.° 1, était affectée de fistule lacrymale à l'œil gauche. Un gonflement assez considérable existait au-dessous du tendon réfléchi de l'orbiculaire. La peau était rouge, douloureuse ; du pus existait dans le sac lacrymal, on en faisait refluer une petite quantité par les points lacrymaux. Un orifice fistuleux s'était formé au-devant du sac lacrymal, à la partie moyenne de l'engorgement inflammatoire. Cet orifice laissait couler du pus et des larmes, et de temps en temps était fermé par une croûte bientôt détachée et presqu'aussitôt reproduite. La paupière inférieure, dans une grande étendue, était rouge ; il en était de même de la paupière supérieure au voisinage de l'angle interne de l'œil. Des élancemens se faisaient sentir jusques dans la région sus-orbitaire. La narine correspondante était depuis long-temps sèche. A différentes époques de sa vie, cette femme avait été affectée de dartres ; elle était d'ailleurs tourmentée par un asthme qui lui donnait de fréquentes quintes de toux pendant lesquelles les accidens de sa fistule étaient plus incommodes. Des sangsues furent posées à la joue au-dessous du sac lacrymal, des cataplasmes émolliens furent placés sur l'œil, puis des résolutifs. Aucun changement notable. Je résolus de pratiquer l'opération suivant ma méthode. Il ne fallait pour cela qu'un bistouri droit ordinaire, et un instrument approprié

à la perforation que je voulais faire. Je fis couder la tige d'un petit trois-quarts, à six lignes de son extrémité pointue, et mon appareil fut complet. La malade placée comme pour l'opération ordinaire, la ponction faite, du pus s'écoula sur la joue. Le bistouri légèrement soulevé de la main gauche, je glissai sur sa lame la tige du trois-quarts, la pointe en bas, la convexité de sa partie coudée en haut et en dedans. A peine fut-elle entrée dans la partie supérieure du canal nasal, qu'élevant le manche du trois-quarts et tournant la convexité de son coude vers la racine du nez, j'inclinai sa pointe vers la paroi externe du canal nasal, et je la fis pénétrer avec une extrême facilité dans le sinus maxillaire. La direction de l'instrument ne laissa aucun doute à cet égard. Je tournai d'arrière en avant et d'avant en arrière, et sur elle-même la tige du trois-quarts, pour arrondir et mouler la voie sur cette tige, puis je la retirai.

La malade avait peu souffert dans la journée, et les jours suivans elle moucha un peu de sang et du pus. On continua à placer des résolutifs sur l'angle de l'œil. A dater du jour de l'opération, l'engorgement et l'induration des parties malades se dissipèrent graduellement. Je gardai la malade quinze jours à l'hôpital pour m'assurer de sa guérison; elle était complète lors de sa sortie le 1.er mai : la narine même était redevenue humide.

Si l'opération ainsi pratiquée devait toujours réussir comme dans ce cas particulier, cette méthode serait certainement la plus simple. Le succès n'aurait point cette fois complètement répondu à mon espoir, que j'aurais pensé qu'un trois-quarts plus volumineux eût été plus efficace. En effet, cette perforation doit amener la guérison si elle est assez large.

Je dis plus : ne voit-on pas qu'en déjetant seulement vers le sinus maxillaire la cloison qui sépare le canal de cette cavité, si toutefois cette fracture comminutive sans perforation est possible, on produira un élargissement assez con-

sidérable du conduit pour guérir la fistule lacrymale, si elle n'est pas compliquée d'ailleurs de l'un de ces vices généraux qu'il est indispensable le plus souvent de combattre avant de pratiquer l'opération, quelle qu'elle soit ?

On peut donc agir sur la paroi externe du canal nasal de deux manières ; mais je préfère quant à présent faire la perforation, parce que la fracture est alors accompagnée de moins de violence, et ainsi mieux dégagée du danger de l'inflammation : j'aurai, je l'espère, dans quelques jours, de nouveaux faits pour justifier la proposition de cette méthode.

Elle a été du reste singulièrement appréciée par les chirurgiens qui n'ont pas dédaigné d'en parler. L'un d'eux, M. Begin, a regardé, il est vrai, l'observation de M. Briot comme très-remarquable, mais avec une logique qui surprend il en a conclu que la route artificielle proposée avait peu de chances de succès, sans autre motif ou examen.

M. Velpeau a prétendu que M. Pecot avait proposé de mettre une canule dans le sinus maxillaire, et que malgré les raisons que j'invoquais en faveur de cette méthode, mieux valait encore percer l'os unguis. Le lecteur a pu voir dans ce Mémoire, si jamais M. Pecot, qui a perforé bien involontairement la voûte orbitaire, a jamais pensé à proposer de placer une canule dans le sinus : on sait aussi maintenant si j'en ai moi-même dit un seul mot. Y a-t-il là d'ailleurs le moindre doute à élever sur la question de priorité ? Je suis certainement le premier et le seul qui ait jugé convenable de faire, de la perforation de la cloison commune au sinus et au canal nasal, une méthode de traitement pour la fistule lacrymale. N'avais-je pas, pour ainsi dire, devancé les faits à cet égard, et est-ce bien à M. Velpeau qu'il faut rappeler que le véritable inventeur d'une méthode opératoire est celui qui en voit le premier les avantages, les rapporte à des conditions anatomiques spéciales et constantes, indique le lieu précis de son application, propose le premier des instrumens convenables, et cherche par des raisonnemens et des faits à la propager ?

2.° *Sur l'extraction des calculs volumineux par les tailles périnéales intra-prostatiques.*

Il est peu de sujets qui aient été plus étudiés par les chirurgiens que les diverses méthodes de pratiquer l'opération de la taille, et l'emploi de ces méthodes suivant le cas particulier qui exige la lithotomie. Mon but n'est point ici d'en faire un nouvel examen, et je n'ai point la prétention de pouvoir mieux dire que mes prédécesseurs et mes maîtres ; mais j'ai été conduit par une opération de taille que j'ai pratiquée récemment avec succès à l'hôpital Necker, à quelques remarques que je crois intéressantes, parce qu'elles s'éloignent un peu des principes qu'on admet généralement aujourd'hui pour l'extraction des calculs par le périnée, et surtout parce que quelques-unes d'entr'elles déjà faites dans le siècle dernier avaient été à-peu-près oubliées, bien qu'il soit utile de les remettre en vigueur et de ne plus les perdre de vue.

Le malade que j'ai taillé était un jeune homme de 25 ans, portant une pierre depuis l'âge de 5 ans, par conséquent depuis 20 ans. Il était fort affaibli, il avait été longtemps en proie à une diarrhée sanguinolente qui avait fait différer l'opération. Il avait encore le dévoiement le jour de l'opération ; les urines étaient chargées des mucosités et souvent de pus ; le calcul passait pour volumineux ; cependant rien ne faisant croire que la taille périnéale ne pourrait pas servir à son extraction, la méthode bilatérale fut mise en usage. Le lithotome double fut ouvert au n° 18, c'est-à-dire 9 lignes de chaque côté, un calcul de 6 pouces 4 lignes dans sa plus petite circonférence, c'est-à-dire, de 2 pouces 1 ligne de diamètre, fut extrait sans difficulté notable.

Le malade n'eut aucun accident, et au 22e jour de son opération il était guéri. Il jouit aujourd'hui de la meilleure santé.

Tel est le fait réduit à sa plus simple expression. Tel

qu'il est présenté, il choque les idées actuellement admises par la plupart des lithotomistes, et il fournit l'occasion d'apprécier à leur valeur véritable les données géométriques qui sont aujourd'hui la base des raisonnemens sur l'extraction des calculs par le périnée. Tous admettent justement que pour qu'une taille périnéale soit sûre, il est nécessaire que les incisions ne dépassent pas le cercle de la prostate. En même temps, on reconnaît pour cette glande des limites anatomiques précises, d'après lesquelles la grandeur des incisions est déterminée, ainsi que cela doit être, et auxquelles on rapporte aussi géométriquement le volume du calcul, quoique les veritables et dernières limites du passage de celui-ci soient plutôt déterminées par l'écartement des ischions; en un mot, par les dimensions du détroit inférieur du bassin pourvu de ses parties molles.

Ainsi dans l'excellente thèse de M. Senn, la forme ordinaire de raisonnement est la suivante :

« L'incision transversale de la prostate pouvant être de chaque côté d'environ 8 à 9 lignes au plus, on obtient une ouverture de quatre pouces de circonférence, permettant l'extraction d'un sphéroïde de 16 lignes de diamètre.

La modification de la taille bilatérale, proposée par ce chirurgien distingué, lui ayant donné une ouverture d'une circonférence de 52 lignes, elle peut, d'après ses calculs, laisser sortir une sphère de 18 lignes de diamètre; c'est-là, ajoute-t-il, tout ce qu'on peut obtenir par la taille sous-pubienne, à moins de déchirer *horriblement* les parties.

Je rends toute justice à la prudence dont M. Senn a donné l'exemple. Il serait trop heureux sans aucun doute de pouvoir toujours tellement proportionner la grandeur des incisions au diamètre du calcul, que celui-ci fut invariablement au-dessous de l'ouverture pratiquée par le tranchant de l'instrument; mais cela ne se peut évidemment pas pour les calculs d'un volume considérable, et si je

prends pour exemple le calcul que je viens d'extraire, son plus petit diamètre étant d'au moins 25 lignes, aucune dimension de la prostate n'aurait permis de l'extraire par le périnée. Cependant en ajoutant encore au diamètre du calcul l'épaisseur de la branche des tenettes qui sera, si l'on veut, d'une ligne à une ligne et demie, le diamètre du corps extrait était d'à-peu-près 28 lignes. Or, nous avons dit que le lithotome avait été ouvert à 18 lignes, 9 lignes de chaque côté ; en ajoutant 12 lignes pour la circonférence de l'urètre, l'ouverture totale avait une circonférence de 48 lignes, dont le tiers est 16. D'après la manière de calculer de M. Senn et de la plupart des chirurgiens depuis lui, une semblable ouverture devait donner passage à un calcul sphérique de 16 lignes de diamètre au plus, puisqu'il faut encore faire entrer en ligne de compte l'épaisseur des tenettes, et cependant ce n'est pas 16 lignes, mais 25 lignes au moins que présentait notre calcul. La pierre n'aurait donc pu sortir qu'en produisant un délabrement considérable du col de la vessie et de la prostate, et à la suite de ces déchirures des accidens mortels, ou du moins bien graves. Il n'en a rien été cependant, l'extraction n'a pas même été notablement pénible ; conduite avec la lenteur convenable, cette extraction, qui toutefois n'a duré que quelques secondes, est tout-à-fait comparable à celle de la tête d'un fœtus bien conformé pratiquée au moyen du forceps à travers le détroit inférieur d'un bassin aussi bien conformé.

Il faut donc admettre ici que ce calcul a traversé le col de la vessie et de la prostate sans causer de grands désordres, puisqu'il n'y a eu aucun accidant, et toutefois il est impossible de ne pas reconnaître que l'incision du col de la vessie et des côtés de la prostate a dû s'étendre en profondeur et en longueur, de manière à laisser passer le calcul, mais sans toutefois dépasser d'une part les lobes de la prostate, ni déchirer l'enveloppe fibreuse qui l'environne, ni crevasser le corps de la vessie ou décoller

la membrane muqueuse de son col en le fronçant et l'attirant violemment sur la prostate, ainsi qu'on l'aurait observé peut-être si l'ouverture pratiquée avait été plus petite, ou n'eût intéressé qu'un seul côté.

Au reste, cette question n'est pas nouvelle ; des calculs aussi volumineux que celui que j'ai extrait ont été retirés de la vessie par le périnée sans avoir produit de graves accidens. De même des calculs moins gros ont été extraits fréquemment avec succès par d'autres méthodes, à l'aide d'incisions plus petites il est vrai, mais dont l'étendue relative à la pierre était dans le même rapport. On peut donc compter, lorsqu'on extrait un calcul volumineux par le périnée, sur l'élargissement du trajet de la plaie par l'extensibilité des tissus et leur déchirure dans des limites convenables ; on peut donc, sans un danger assuré, ne pas faire une incision dont le diamètre soit nécessairement supérieur ou même égal à celui du calcul. Cette remarque est doublement importante ; car, 1° elle n'expose pas l'opérateur à un faux raisonnement, qui le conduit à léser les vaisseaux du périnée, et à dépasser les limites de la prostate, en faisant toujours une très-grande incision pour un calcul volumineux. 2° Elle garantit la possibilité d'extraire par le périnée des pierres très-grosses, et qui, d'après les supputations ordinaires, ne sembleraient pas devoir sortir par les tailles sous-pubiennes.

Cela est bien de quelqu'importance pour les chirurgiens qui ne considèrent la taille hypogastrique que comme une dernière ressource, à laquelle il ne faut recourir que lorsqu'il est impossible de tirer la pierre par le périnée. Cette remarque intéressera peu, il est vrai, ceux des lithotomistes qui pratiquent le haut appareil comme méthode générale, à cause des avantages incontestables qu'elle offre sous certains rapports ; il faut cependant, même pour ces derniers, rabattre quelque chose des craintes que leur inspirent la contusion et la déchirure du col de la vessie, dues à l'extraction de calculs volumineux.

Ce ne serait d'ailleurs qu'en rejettant comme mensongers les nombreux succès obtenus par le grand appareil, surtout après les modifications que lui ont fait subir les Pouteau, les Ledran, les Lecat, etc., qu'on pourrait arriver à une conclusion différente. Ledran entr'autres, a extrait de la vessie, par cette méthode, des pierres de 6 à 8 onces et de 5 pouces 10 lignes de circonférence, quoique l'ouverture pratiquée fût certes moins grande que ne l'a fait le lithotome double ouvert à 18 lignes. Il est vrai que l'un de ces malades conserva huit mois une fistule urinaire.

Toutefois il est nécessaire d'établir un rapport convenable entre le volume de la pierre et la grandeur de l'ouverture du col de la vessie. Il serait absurde en effet de prétendre qu'une très-petite ouverture donnera facilement passage à un très-gros calcul, par cela seul que celui-ci pourrait, à force de tractions, élargir la voie, et déchirer assez le tissu pour que son extraction fût possible. C'est alors, mais seulement alors, que les reproches faits aux déchirures forcées trouvent leur application. J'ai dit que cette question n'était pas nouvelle; Ledran lui-même ne s'est-il pas livré à ce sujet aux expériences les plus concluantes? N'a-t-il pas fait comparativement l'essai des diverses méthodes de pratiquer le grand appareil, et apprécier ce que chacune d'elle causait de délabrement? Que dis-je, n'est-il pas arrivé, après avoir renoncé au grand appareil, à proposer la taille bilatérale et à conclure qu'à travers cette double incision, le même calcul volumineux produisait des déchirures *moins étendues*, des contusions *moins violentes*, qu'en sortant par l'incision de la taille latérale, suivant les méthodes de Cheselden, frère Côme, etc, etc. (Voy. *Suite du parallèle des differentes manières de faire l'extraction de la pierre.* 1756. In-8°, pages 27 et 28).

Ainsi ces réflexions que m'avait suggérées l'extraction du calcul volumineux que portait mon malade, je les retrouve

déjà faites par un chirurgien justement célèbre, et appuyées d'expériences comparatives qui me rendent raison complètement, non-seulement de la possibilité de la sortie d'une grosse pierre par le perinée, mais de la facilité et de l'innocuité de leur passage, pourvu qu'on choisisse la méthode qui a été ici mise en usage.

Il devient dès-lors facile de concevoir la guérison de notre malade, elle n'est plus un fait extraordinaire et à-peu-près inintelligible, et on n'est pas réduit, pour en trouver l'explication, à admettre comme circonstance favorable au succès le séjour prolongé du calcul dans la vessie, ce qui, aux yeux de la grande majorité des chirurgiens expérimentés, est au moins problématique !

N'oublions pas toutefois que, si le choix de la taille bilatérale a permis de faire sans danger et sans accidens l'extraction d'un aussi volumineux calcul, que si d'après les expériences de Ledran cette forme de taille est accompagnée du moindre déchirement possible pour un calcul volumineux donné, extrait par les diverses incisions périnéales *intra-prostatiques*, il a été possible quelquefois d'extraire, soit par le grand appareil modifié, soit par la taille latéralisée, des calculs du même volume sans que les malades aient succombé. La pratique de Ledran lui-même en fait foi. Cependant il est plus sûr encore, d'après ses expériences même, de faire usage de la taille bilatérale. Il ne faut point oublier non plus qu'une sage lenteur dans les mouvemens d'extraction est de la plus haute importance si l'on ne veut point produire de désordre.

Si je ne me trompe, il résulte de cette note; 1° qu'il est possible d'extraire sans danger et sans incision très-grande des calculs d'un volume considérable ; 2° qu'en conséquence il ne faut plus baser l'extraction seulement sur les données géométriques établies dans ce derniers temps, celles-ci ne devant servir qu'à déterminer les limites de l'incision du col de la vessie et de la prostate ;

3° que, d'après les expériences directes de Ledran, trop tôt oubliées, et à l'appui desquelles on peut citer notre observation, la taille bilatérale doit être celle qui permet de retirer par le périnée les calculs les plus gros avec le moins de danger possible.

3° *Luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut et en avant derrière l'apophyse coracoïde.*

Les chirurgiens les plus distingués de France n'admettent que comme un on dit l'existence d'une luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut, *derrière* le bec coracoïdien; d'autre part, Astley Cooper *(on dis locations)*, bien qu'il n'en cite qu'un exemple observé sur le vivant et une dissection faite par M. Patey à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, déclare cependant qu'il ne croit pas cet accident très-rare. La diversité d'opinion entre des chirurgiens d'un aussi grand mérite rendra, je crois, intéressante l'observation de cette espèce de luxation faite à l'hôpital Necker, dans le courant de l'année dernière. Il en résultera peut-être que quelquefois cette luxation a pu être méconnue parce qu'elle n'est point accompagnée de la plupart des incommodités des autres espèces de déplacemens de la tête de l'humérus; cependant j'ai peine à admettre, je l'avoue, que cette luxation ne soit pas un accident rare.

Moquet, Jean-Désiré, âgé de seize ans, vient à la consultation de l'hôpital le 23 juillet 1833, avec un gonflement assez considérable de l'épaule gauche et une douleur vive pendant les mouvemens. L'accident qui avait donné lieu à ces phénomènes était le suivant : le bras gauche étendu et fixé sur une mécanique, ce jeune homme, dont le corps était incliné sur son bras et les pieds éloignés du point d'appui, avait tourné subitement le tronc d'avant en arrière et de gauche à droite sur l'extrémité supérieure de l'humérus gauche. Le bras étant toujours fixé et tendu, le

poids du corps porta sur la tête de l'humérus qui, dans cette position, répondait à la partie supérieure et interne de la cavité glénoïde et de la capsule articulaire. Cette tête se déplaça en déchirant le ligament capsulaire pour venir se placer derrière le bec coracoïdien; le malade ne fit d'ailleurs *aucune chute.* A l'arrivée du malade, le coude pouvait être rapproché du côté de la poitrine; les mouvemens d'avant en arrière et d'arrière en avant étaient possibles, quoique un peu douloureux. Le genre d'accident éprouvé, la possibilité et l'étendue de certains mouvemens, le gonflement de l'articulation ne me conduisirent pas d'abord à reconnaître un déplacement de la tête de l'humérus. J'étais bien plus éloigné encore de l'existence d'une fracture de son col : il n'y en avait aucun signe, la crépitation n'existait pas, et les mouvemens que j'avais imprimés à l'humérus se faisaient sentir sans interruption jusqu'à la tête de l'os qui, dans tous ses mouvemens, était d'une seule pièce; la suite prouvera d'ailleurs qu'il n'y avait pas fracture. Je crus à une entorse de l'articulation. Des sangsues, des cataplasmes émolliens puis résolutifs furent appliqués; le bras fut maintenu contre le tronc, mais non relevé et porté en haut. En quelques jours, les douleurs diminuèrent, le jeune malade faisait lui-même des mouvemens assez étendus d'arrière en avant sans souffrir. Au bout de douze jours, le gonflement en grande partie dissipé, j'examinai de nouveau l'épaule et je trouvai des signes qui me donnèrent pour la première fois l'idée d'un déplacement de la tête de l'humérus. Cette tête faisait une saillie en dedans et en haut au niveau de l'apophyse coracoïde, derrière le bec de laquelle elle était appuyée; il existait entr'elle et la voûte de l'acromion un enfoncement peu marqué à l'œil, mais dans lequel on pouvait loger l'extrémité des doigts étendus et parallèlement placés. L'axe du bras était incliné en dedans et en haut,

et de plus il était légèrement tourné sur lui même de dedans en dehors, de sorte que la tubérosité interne de la tête semblait saillante et dirigée en avant. J'eus dès lors la pensée d'une luxation incomplète en haut et en dedans derrière l'apophyse coracoïde. En admettant ce déplacement, je devais trouver un raccourcissement du membre, et en effet, comparé au bras droit, le bras gauche était manifestement plus court de cinq à six lignes. Dès lors il n'y avait plus aucune espèce de doute. Ce raccourcissement ne pouvait pas être dû à une fracture, dont tous les autres signes manquaient; ce n'est pas au douzième jour de l'accident, que pareille erreur pourrait être commise. Les mouvemens d'avant en arrière étaient assez étendus et faciles; le plus difficile était celui d'élévation du bras, et il était visible, qu'alors c'était un mouvement de totalité de l'humérus et de l'épaule ensemble. En effet, la tête de l'humérus arcboutée contre l'apophyse coracoïde, soulevait alors avec peine et d'une pièce l'omoplate et la clavicule.

Avant de me livrer à des tentatives de réduction, je voulus faire constater l'existence de cette espèce de déplacement par quelques praticiens. Les élèves de l'hôpital, parmi lesquels je cite avec plaisir MM. les internes Tixier et Bazin, n'hésitèrent pas à adopter l'opinion de cette luxation incomplète. Mon collègue et ami M. Monod, chirurgien du bureau central, examina aussi le malade et partagea notre avis. Mais déjà nous avions fait des tentatives de réduction, elles avaient complètement échoué. Quand on exerçait une pression de haut en bas sur la tête de l'humérus, on la déprimait en effet, mais l'un des points de son contour, saillant entre l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde et reposant sur le bord de cette cavité, on repoussait en même temps celle-ci et l'omoplate. Pour opérer la réduction, nous avons varié, mais en vain, la direction des efforts.

Le malade étant assis sur une chaise, nous avons appliqué au poignet le lacs ordinaire pour l'extension, et pendant que nous faisions tenir l'omoplate immobile par les mains d'un aide vigoureux, dont l'une était appliquée sur l'angle inférieur, et l'autre sur l'acromion et l'épine de l'os, nous avons fait exercer des tractions en bas et en arrière dans la direction que devait avoir le bras au moment de la luxation. En même temps je portais un peu la tête de l'os en dehors pour la dégager; de vives douleurs furent éprouvées par le malade pendant ces efforts de traction. Au milieu de ces tentatives, la tête nous sembla descendre un peu. J'essayai alors de porter le coude en avant et en haut pour faire rouler la tête dans la cavité glenoïde en même temps que je tournais l'humérus sur son axe de dehors en dedans; je ne pus y parvenir; au moment de la cessation des efforts combinés, cette épiphyse reprit sa position vicieuse.

Pensant que la tête de l'os, malgré nos efforts d'extension, reposait encore sur le bord de la cavité glénoïde et son bourrelet, quelque peu saillantes que soient ces parties, je tentai de faire porter l'épaule en arrière en même temps que l'extension était faite. Je ne produisis que de la douleur. C'était au bout de quinze jours, à partir de l'accident, qu'avaient lieu les efforts de réduction ; quelques jours s'écoulèrent encore, après lesquels ils furent renouvelés, mais sans plus de succès. Le jeune malade, ayant d'ailleurs la liberté de la plupart des mouvemens du bras, ne se prêtait qu'avec une extrême répugnance à nos tentatives. Il s'y opposait quelquefois de tous ses efforts ; mais, je l'avoue, je ne pense pas que sa docilité entière nous eût été plus favorable. Assez mortifié de n'avoir pu parvenir à opérer la réduction d'une luxation qu'on pourrait croire plus facile à opérer par cela même qu'elle est incomplète, je relus avec attention l'observation d'Astley Cooper; j'y retrouvai le précepte de porter les épaules en

arrière pour réduire, mais je reconnus en même temps, que bien que la luxation traitée par cet illustre chirurgien fût récente, la réduction n'en avait point été obtenue, et qu'après chaque tentative, le déplacement se reproduisait. Dès-lors mes regrets diminuèrent, et j'en vins à penser que ce deplacement est un des plus irréductibles qu'il puisse y avoir; en effet, la tête ne peut se loger en partie entre l'apophyse coracoïde et le bord de la cavité glénoïde qu'en déchirant la capsule articulaire. Dans cette position vicieuse l'omoplate est fortement appuyée contre la tête de l'humérus ; dans cet état de fixité de l'os arcbouté sur des parties osseuses et fibreuses, et sous l'influence de l'inflammation que cause le déplacement, des adhérences intimes et multipliées doivent se former d'autant plus promptement entre la tête de l'os à moitié revêtue de la capsule articulaire, la face externe de celle-ci et les parties voisines, qu'il y a moins de mobilité, ou du moins que l'aire dans laquelle se meut la tête de l'humérus est moins étendue. C'est à ces adhérences, déjà formées au qninzième jour, qu'étaient dues sans doute et les vives douleurs du malade et l'impossibilité de la réduction. Quoi qu'il en soit, je livre le fait tel qu'il est à la réflexion des praticiens. Astley Cooper a fait justement remarquer qu'il y a cette différence entre cette espèce de luxation et la luxation en haut et en avant sous le muscle pectoral, que dans le deuxième cas la tête de l'humérus répond au côté sternal de l'apophyse coracoïde, tandis qu'ici elle est appuyée sur son côté scapulaire.

J'ai cru utile de publier un exemple de déplacement du bras, pour ainsi dire inédit en France, et je l'ai fait d'autant plus volontiers, que bien que j'aie retrouvé dans cette observation tous les signes indiqués par Astley Cooper, j'en ai signalé un, omis par ce grand chirurgien, et qu'il est important de noter, le raccourcissement du membre, signe qui, d'après les recherches nouvelles de M. Malgaigne, suffirait

pour distinguer cette espèce de luxation, puisque dans les autres il y a constamment alongement du bras.

Je tentai aussi le mode de réduction proposé de nouveau dans ces dernières années par M. Malgaigne. Il fallait d'abord exercer un certain degré d'extension, puisque le mouvement d'élévation du bras repoussait l'épaule. Mais, malgré cette précaution, il me fut impossible d'arriver par ce moyen à la réduction; le bras ne pouvait être soulevé à angle droit avec le scapulum sans une résistance et des douleurs qui ne permettaient pas d'insister sur cette méthode. Au reste on conçoit *à priori* que c'est là, de toutes les luxations de l'humérus, celle à laquelle elle doit convenir le moins.

Note sur quelques faits relatifs à la pathologie du fœtus; par le docteur Ollivier *(d'Angers).*

Dans son *Traité sur les maladies des nouveaux-nés*, Billard a ébauché une partie de la pathologie du fœtus: son ouvrage renferme beaucoup d'observations précieuses sur ce sujet intéressant, et l'on peut aujourd'hui en compter un assez grand nombre d'autres dans les annales de la science. Mais elles ne sont point encore assez multipliées pour fournir les élémens d'une histoire complète des maladies qui peuvent se développer chez le fœtus, d'ailleurs bien conformé, pendant les différentes périodes de la vie intrà-utérine. Cependant il ressort déjà de ces faits plusieurs résultats généraux qui ont été mentionnés par quelques observateurs. Ainsi, par exemple, malgré les connexions et les rapports intimes qui unissent l'embryon à ses annexes, celui-ci est souvent affecté indépendamment de ces dernières, de même que celles-là sont, dans certains cas, le siège d'altérations qui n'ont aucune influence sensible sur la santé et le développement du fœtus.

J'ai rapporté dans le numéro précédent de ce Journal (avril, p. 683), un exemple d'inflammation des membranes de l'œuf qui n'a exercé aucune action fâcheuse sur l'enfant, lequel naquit bien portant, et qui depuis s'est développé à merveille : je conçois qu'on peut objecter que, pendant sa durée, cette phlegmasie a dû réagir sur le fœtus, et qu'ainsi il a été passagèrement malade : je ne le nie pas ; mais enfin cette maladie, si elle a existé, n'a pas laissé de traces durables. J'ai consigné dans ce même Journal (tom. VIII, pag. 383), l'observation d'une hydropisie bornée à la cavité du grand épiploon, chez un fœtus mort-né, régulièrement conformé. Les feuillets du repli péritonéal étaient écartés par un liquide séreux, jaunâtre, parfaitement limpide, dans lequel nageaient deux gros flocons albumineux. Le feuillet postérieur de l'épiploon était légèrement opaque. La tumeur donnait un volume énorme à l'abdomen, qui était uniformément distendu, et fluctuant comme dans l'ascite. Il y avait ici tout ce qui caractérise une épiploïte circonscrite. La mère s'était toujours bien portée : l'accouchement eut lieu au huitième mois.

Je pourrais citer d'autres faits qui prouvent, comme ceux-ci, qu'il y a ainsi assez souvent une véritable indépendance entre certaines maladies du fœtus et celles de ses annexes. Toutefois, je ne prétends pas dire que ces cas soient les plus fréquens, car il en existe aussi beaucoup dans lesquels il est évident que les maladies de l'embryon sont une conséquence de l'altération des parties constituantes de l'œuf. Enfin, si j'avais pour but de m'occuper ici de l'étiologie des altérations diverses qui peuvent affecter le fœtus, j'aurais rappelé d'abord que les maladies de la mère sont une des sources les plus fréquentes de celles de l'enfant, car la plupart d'entre elles sont transmissibles de la première au second. Mais j'ai voulu simplement indiquer quelques-unes des conditions particulières dans lesquelles se présentent différens états morbides du fœtus.

Dans certaines circonstances, une disposition insolite de quelques parties du corps de l'embryon peut donner lieu à une altération plus ou moins étendue de la peau qui recouvre ces parties. L'observation suivante en offre un exemple remarquable, en même temps qu'elle prouve un des usages du liquide amniotique.

Obs. I.re — *Ulcération de la peau.* — Le 24 avril 1828, on m'apporta un enfant du sexe féminin, né depuis *deux jours*, qui présentait la variété rare de pied-bot, dans laquelle les deux pieds sont renversés sur l'une et l'autre jambes, de telle sorte que la face dorsale de chacun d'eux est appliquée directement sur la face antérieure de la jambe. Du côté gauche, il existait au dessus de la malléole externe, et dans le pli résultant de la flexion forcée du pied sur la jambe, deux ulcérations de la peau, à fond grisâtre, à bords très-rouges et saignans, ayant l'aspect d'une brûlure au second degré, et récente. Le pied droit, à sa partie interne et dans toute l'étendue de sa face dorsale, ainsi que le tiers inférieur de la face antérieure de la jambe correspondante, présentait une large escarre d'un gris jaunâtre, entourée d'un cercle inflammatoire très-rouge et saignant. Cette altération de la peau avait, comme celle de l'autre jambe, la plus grande analogie avec une brûlure récente.

L'accoucheur ayant remarqué cette singulière altération de la peau, au moment de la sortie de l'enfant, avait fait appliquer dessus des compresses imbibées d'eau de guimauve, qu'on avait renouvelées avec soin sans que l'aspect de ces plaies eût encore changé. En examinant les deux pieds, je reconnus qu'une extension modérée les ramenait aisément à leur situation naturelle, quoiqu'en causant une douleur assez vive. Je conseillai en conséquence l'application d'un bandage extensif pour s'opposer à la flexion contre-nature, et je fis recouvrir les surfaces ulcérées avec un linge fin enduit de cérat de Goulard. Ce

traitement, continué avec soin, ne tarda pas à être suivi de la cicatrisation complète des deux ulcérations de la peau, et du redressement des deux pieds au bout d'un certain temps.

J'ai dit que ce fait servait à démontrer un des usages des eaux de l'amnios. En effet, on sait que l'absence du contact de l'air atmosphérique sur la peau, concourt, dans certains cas, à produire dans cette membrane une transformation locale qui lui donne tous les caractères d'une membrane muqueuse. La peau rougit, s'enflamme, se ramollit; l'épiderme n'y est plus visible, et sa surface se recouvre d'une exsudation assez abondante, tout-à-fait analogue au mucus qui lubrifie les membranes muqueuses. C'est ce qu'on observe dans les plis profonds que la flexion des membres détermine chez les enfans très-gras : le même phénomène se remarque à la suite de contractures musculaires anciennes, en un mot, partout où la peau, en contact avec elle même, est soustraite à l'action directe de l'air. Or, il n'est pas douteux que l'eau de l'amnios exerce sur la surface du corps du fœtus contenu dans l'utérus, une action analogue à celle de l'air sur le corps de l'enfant après sa naissance, en entretenant l'isolement de ses parties extérieures. L'observation curieuse que je viens de rapporter prouve donc qu'une position vicieuse des membres du fœtus, qui soustrait la peau à l'action du liquide qui l'humecte continuellement, peut déterminer aussi le ramollissement et l'inflammation de cette membrane, pendant la vie intra-utérine. Telle est, sans doute, l'origine de ces adhérences contre-nature, qui accompagnent quelquefois certaines monstruosités.

De toutes les maladies congénitales, les affections cutanées sont sans contredit celles dont les auteurs ont relaté le plus d'exemples : la plupart ont été considérées comme syphilitiques, quoiqu'elles ne le fussent pas; mais toutes sont la répétition de maladies qu'on observe assez commu-

nément après la naissance. Sous ce rapport, il n'en est pas tout-à-fait ainsi de celle dont je vais rapporter l'observation : je ne connais jusqu'à présent aucun fait semblable.

Obs. IIe *Excroissances verruqueuses sur une grande partie de la surface du corps d'un fœtus.* — Le 12 avril dernier, je fus chargé par M. le procureur du roi, d'ouvrir le cadavre d'un fœtus, retiré de la Seine le jour précédent, à l'effet de déterminer les causes de sa mort. D'après le degré de putréfaction du corps, on pouvait penser que l'immersion dans l'eau datait de trois semaines environ. Le développement de ce fœtus était celui d'un enfant à terme. J'omets tous les détails étrangers au sujet qui m'occupe ici.

Il existait sur toute la partie antérieure de la poitrine et sur l'abdomen, spécialement dans sa moitié supérieure, un nombre infini de verrues d'un blanc grisâtre, dont plusieurs avaient la largeur d'une lentille. Toutes étaient plus ou moins manifestement pédiculées : les plus grosses étaient fendillées dans la plus grande partie de leur épaisseur. En détachant l'épiderme, que la putréfaction avait séparé de la peau, on voyait que toutes ces excroissances le traversaient sans en être recouvertes; la dissection montrait que chacune d'elles prenait racine dans l'épaisseur du derme, et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais ce n'était pas seulement au devant de la poitrine et du ventre qu'on observait cette végétation verruqueuse; elle existait sur l'une et l'autre épaules, ainsi que sur les deux bras jusqu'aux coudes, particulièrement en dehors et un peu en arrière; sur les deux cuisses et les deux fesses, également en dehors et en arrière seulement. Les régions indiquées étaient recouvertes à droite et à gauche dans la même étendue, par un nombre considérable de petites verrues qui donnaient un aspect grenu à la surface de la peau; plusieurs d'entr'elles avaient la couleur jaunâtre des éphélides, en sorte qu'à une certaine distance on pouvait croire que la

peau offrait simplement cette altération de couleur. Tous les organes de ce fœtus étaient dans l'état sain.

Si l'affection de la peau que je viens de décrire se rapproche par ses caractères anatomiques de celle qu'on observe fréquemment aux divers âges de la vie, il est certain qu'elle en diffère notablement sous le rapport de son développement, car les verrues, qui existent si souvent à la surface de la peau, ne se trouvent ordinairement que sur quelques points isolés des tégumens, et ne recouvrent pas comme ici une grande partie du corps, occupant, d'une manière symétrique, la même région sur chacun des quatre membres. Le seul fait observé chez l'adulte, qui ait quelque rapport avec celui-ci, est cité par Pechlin (*Obs. phys. méd.* Hambourg, 1641, in-4°. Lib. 2. Obs. 44), qui a vu un chirurgien qui portait sur toute la surface du corps un très-grand nombre d'excroissances verruqueuses. Cette observation prouve, contre l'opinion de Corry, que les verrues peuvent être congénitales : *Nunquàm connatæ sunt verrucæ*, dit l'auteur. (*Tract. de morb. cut.*; Paris, 1777, in-4°. p. 542). Peut-être a-t-on pris quelques exemples du même genre que celui que je rapporte pour des cas d'affection vénérienne congénitale ? Mais ici, du moins, l'équivoque n'était pas possible : aucune analogie n'existait entre ces verrues et les diverses espèces de syphilides. Je doute que l'état de la mère ait pu fournir quelques lumières sur l'étiologie de cette singulière maladie; toutefois, on a été ici forcément privé de cette source de renseignemens.

Des manœuvres coupables employées pour produire l'avortement, peuvent déterminer chez le fœtus des lésions d'apparence traumatique. J'ignore si c'est à une cause de cette espèce qu'il faut attribuer celle dont je vais parler.

Obs. III. — *Abcès sous-cutané chez un fœtus de trois mois et demi environ.* — Le 19 mars dernier, M. le procureur du roi nomma M. Serres et moi pour procéder à l'ouverture d'un fœtus de trois mois, trouvé dans un en-

clos voisin de l'hôpital de la Pitié, afin de déterminer s'il ne portait pas de traces qui pouvaient faire penser que l'avortement avait été provoqué. La putréfaction de ce fœtus était déjà assez avancée, mais tous les organes étaient parfaitement reconnaissables, et aucun d'eux ne présentait d'altération appréciable. Il existait au-devant de la moitié droite et antérieure du cou une tumeur de la grosseur d'une noisette, dont la couleur d'un blanc-jaunâtre contrastait avec la teinte rougeâtre de tout le cadavre. Cette tumeur était molle, fluctuante, et s'étendait de la base de la mâchoire inférieure à l'articulation sterno-claviculaire droite. Une incision pratiquée, suivant sa longueur, donna issue à un pus crémeux, blanchâtre, sans odeur, situé immédiatement sous la peau qu'il éloignait des muscles sous-jacens. Aucune altération des tégumens n'existait au-devant et autour de ce foyer purulent.

La présence de cet abcès, jointe à l'expulsion prématurée du fœtus, qui ne portait aucune trace de lésion grave, peut bien faire soupçonner qu'une pareille altération a été le résultat de quelque tentative faite pour solliciter l'avortement; mais ce n'est qu'une présomption que rien ne justifie, attendu l'absence de toute espèce de traces de violence extérieures sur le cadavre, et l'on peut tout aussi bien admettre que cet abcès n'était que la conséquence d'un phlegmon développé spontanément chez le fœtus contenu dans l'utérus. Ajoutons, d'ailleurs, que dans ce cas, comme dans le précédent, la mère est restée inconnue, et qu'il a été impossible de savoir à quelle cause a été dû l'avortement. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve toujours que, dès les premiers mois de la vie intra-utérine, le tissu cellulaire, quoiqu'imparfaitement formé, est déjà susceptible d'inflammation et de fournir tous les élémens d'une suppuration entièrement semblable à celle qu'on observe à une période plus avancée de la vie intra-utérine et après la naissance.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. CHASSAIGNAC, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 3.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois de Mai.)

Fractures multiples de la partie supérieure du fémur. — Fracture incomplète du grand trochanter. — Tumeur athéromateuse du cuir-chevelu avec dilatation de l'orifice du follicule qui la renferme. — Abcès enkysté du cerveau communiquant avec les ventricules par rupture du kyste. — Hernie de l'estomac et de l'épiploon à travers l'anneau ombilical. — Hernie crurale avec deux étranglemens et deux sacs, l'un intra-abdominal, l'autre sous-cutané. — Concrétions intestinales par suite d'hémorrhagie. — Rétrécissement du rectum avec induration chronique de ses parois. — Réduction spontanée de deux hernies inguinales par le développement d'un sarcocèle. — Acéphalocystes développés dans le rein chez un sujet tuberculeux. — Dissection d'un moignon d'amputation dans l'article radio-cubital. — Anus contre-nature double ouvert dans la cavité utérine ; persistance de matières anciennes dans une anse intestinale comprise entre les deux anus anormaux. — Chute d'une hauteur considérable sans autre accident qu'une ecchymose de la surface interne des deux membres pelviens et de la région génitale externe.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Denonvilliers présente un cas de *fracture du fémur* recueillie chez un vieillard de 70 ans, qui fut renversé par un cabriolet, et qui mourut huit jours après dans un état adynamique. Cette fracture est multiple, elle divise le fémur en quatre parties, une formée par le grand trochanter, complètement séparé ; une seconde formée par le petit trochanter, une troisième formée par la tête et le col de l'os, une quatrième formée par le corps du fémur. On n'aperçoit aucun travail de consolidation autour de ces diverses fractures. M. Denonvilliers fait remarquer que dans aucun point la capsule n'avait été déchirée.

M. Michon observe que la fracture du col siège néanmoins dans l'articulation ; il y a seulement conservation de la couche fibreuse qui forme le périoste du col.

M. Fleury montre un cas de *fracture* à-peu-près semblable au précédent, et consistant comme celui-là en une fracture multiple de l'extrémité supérieure du fémur avec fracture du grand trochanter. Mais cette pièce offre ceci de très-remarquable, que la fracture oblique du grand trochanter est incomplète, étant béante à la partie supérieure et s'effaçant peu-à-peu vers la partie inférieure où on voit enfin cesser toute trace de solution de continuité; en un mot elle représente l'aspect d'une division incomplète opérée à l'aide d'un coin. La fracture présentée par M. Fleury, a encore ceci de remarquable qu'elle se rapproche du parallélisme avec l'axe de l'os, ensorte qu'elle a beaucoup d'analogie avec cette forme de fractures connues sous le nom de fractures verticales ou longitudinales des os longs.

M. Reignier présente une *tumeur athéromateuse du cuir-chevelu.* Cette tumeur est composée d'une bouillie à moitié dessèchée et friable, dont les couches les plus extérieures sont compactes et lisses, non-adhérentes à la surface interne du kyste. Le noyau formé par cette matière, qui est d'un blanc sale, présentait un disque d'un demi-pouce de diamètre, dans l'étendue duquel il était à nu à la surface du cuir-chevelu. L'espèce de goulot par lequel cette partie de la tumeur venait sortir à travers la peau du crâne, présente une circonférence nette, nullement ulcérée. Aucun travail d'ulcération n'avait, pendant la vie, déterminé de perforation à la peau. Il semble que ce soit par une dilatation progressive que le goulot du kyste s'est ouvert. La surface intérieure de la poche présente le caractère d'une muqueuse.

M. Maisonneuve montre un *abcès enkysté* développé dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du *cerveau.* La rupture des parois du kyste du côté des cavités ventriculaires, avait permis au pus de se répandre dans ces cavités par le ventricule latéral gauche. Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, n'avait point offert de paralysie, et il expira subitement. Ce fut, selon toute apparence, au moment où la rupture du kyste permit la diffusion du pus dans les cavités ventriculaires.

M. Desprez présente un cas de *hernie ombilicale* doublement remarquable en ce que, d'une part, la hernie se serait faite dans l'anneau ombilical lui-même, et que, d'une autre part, elle aurait été formée par l'estomac et par l'épiploon. Quelques doutes sont élevés par M. A. Bérard, sur l'existence de ces deux caractères; il invoque à ce sujet l'expérience générale, qui fait voir que toutes les hernies ombilicales se font jour, non à travers l'anneau, mais par une éraillure placée dans son voisinage. M. Chassaignac rappelle à ce sujet que M. Cruveilhier dit avoir observé un cas de hernie formée à travers l'anneau ombilical chez une fille de quinze ans. L'examen de la pièce fait reconnaître dans le lieu qu'occupe l'anneau ombilical un orifice très-étroit assez analogue dans son aspect à la dépression de l'ombilic

cutané, et sur le contour duquel on voit se perdre la veine ombilicale. Quant à la question de hernie de l'estomac, M. Bérard établit qu'aucun caractère anatomique ne fait reconnaître sur la grande courbure de l'estomac le siége d'un étranglement de ce rebord. On voit très-bien, il est vrai, une ecchymose du grand épiploon dans le lieu où il borde la courbure, mais cette ecchymose ne se propage pas à l'estomac. M. Desprez invoque le témoignage de MM. Bouvier et Gendrin, qui ont vu, au moment de l'autopsie, la rougeur de la partie d'estomac pincée.

M. Tessier présente un cas de *hernie crurale étranglée* chez une femme qui a été opérée à l'Hôtel-Dieu par M. Sanson. La femme qui fait le sujet de l'observation était âgée de 30 ans. Elle présentait depuis plusieurs années une hernie crurale sur laquelle on avait, à plusieurs reprises, obtenu des réductions temporaires. A l'époque où l'opération a été pratiquée, les phénomènes d'étranglement duraient depuis 36 heures, et la tumeur présentait l'aspect suivant : au-dessous du ligament de Fallope existaient deux lobes, l'un en dedans du côté de la grande lèvre, l'autre à la partie antérieure de la cuisse, mais un peu en dehors. Avant les phénomènes de l'étranglement, l'enveloppe extérieure de la tumeur formait une poche flasque dans laquelle les intestins revenaient avec facilité lorsqu'ils avaient été préalablement réduits. Après l'opération dans laquelle le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat, les accidens d'étranglement persistèrent, bien qu'il y ait eu des selles abondantes, et M. Sanson soupçonnant un étranglement interne, se proposait d'inciser la paroi abdominale sur le lieu où la réduction avait été faite, quand la malade succomba. Une circonstance très-remarquable de cette opération fut la sortie d'un nouveau flux de sérosité après le débridement et après la sortie de celle qui était contenue dans la poche placée au-dessous du ligament de Fallope.

L'examen de la tumeur a fait voir à l'intérieur de l'abdomen, entre le péritoine et les parois abdominales dans le tissu cellulaire du bassin et sur la partie latérale de la vessie, une vaste cavité séreuse communiquant, d'une part, avec le péritoine, par une ouverture arrondie d'un pouce à-peu-près de diamètre, laissant passer des anses intestinales placées dans la poche intra-abdominale ; celle-ci communiquait, d'une autre part, en avant et par dessous le ligament de Fallope, avec la poche qui contenait la partie fémorale de la hernie. On n'a point reconnu dans cette cavité les caractères bien évidens de la séreuse.

Il y avait donc une hernie double ; l'une intra-abdominale communiquant avec le péritoine par un obstacle rétréci ; l'autre extra-abdominale à deux loges, et communiquant avec la première par un collet qui avait été débridé. On a considéré la hernie intra-abdominale comme un ancien sac qui avait été réduit en masse et s'était logé entre la cavité péritonéale et les parois de l'abdomen,

puis avait donné lui-même naissance à la seconde hernie, celle qui était extérieure au moment de l'opération.

L'état livide et sphacélé des intestins contenus dans la hernie ancienne ne permet guère de douter qu'il n'y eût un étranglement au collet péritonéal du sac herniaire; il est probable aussi qu'un second étranglement existait au niveau du second collet, c'est-à-dire, au niveau du ligament de Fallope; c'est ce second étranglement qui a nécessité le débridement du ligament de Gimbernat.

M. Husson présente le gros intestin et la terminaison de l'intestin grêle d'une femme de 74 ans, qui a succombé, après quatre jours d'une *diarrhée* abondante avec *flux de sang*. Toute la surface de l'intestin présente un aspect noirâtre livide qui fait croire à un état gangréneux de ces parties, d'autant mieux que, d'après la remarque de M. Husson, l'estomac présente une couleur ardoise, et le duodénum des traces de gangrène. En examinant attentivement l'aspect du gros intestin, on remarque que sa surface interne est tout parsemée de bosselures inégales, noirâtres et formées par une matière friable, pulpeuse et sèche, qui se détache en grattant avec le scalpel. M. Rufz considère ce produit comme une fausse membrane. Quelques membres la considèrent comme un détritus de la muqueuse intestinale par suite d'ulcérations gangréneuses; mais on reconnaît qu'au-dessous de ces plaques la muqueuse est lisse et non ulcérée. D'autres membres regardent cette matière comme un enduit simplement fécal. M. A. Bérard, rappelant que cette femme a eu une hémorrhagie intestinale, pense que cet enduit n'est autre chose que la fibrine du sang à demi concrétée.

M. Tessier présente un cas de *rétrécissement du rectum* avec altération des tuniques de cet intestin. La surface interne de ce dernier présente, jusqu'à une hauteur de huit à neuf pouces, un aspect inégal, irrégulier, analogue à l'aspect d'un ancien trajet fistuleux cicatrisé. Cet état contraste avec celui de la muqueuse qui forme, au-dessus des parties altérées, un bourrelet bien tranché, au niveau duquel elle présente un léger boursouflement; les autres tuniques de l'intestin présentent un épaississement et une induration que quelques membres considèrent comme squirrheuse. Quelques-uns pensent que cette altération a pu exister par le seul fait d'une inflammation chronique. M. Tessier est porté à regarder l'état de la surface interne de l'intestin comme le résultat de la cicatrisation d'ulcérations anciennes, qu'il présume être de nature syphilitique.

M. Marotte fait remarquer que, dans les cas de propagation de la syphilis par le rectum, les désordres siègent à l'extrémité inférieure de l'intestin et s'étendent beaucoup moins haut que dans le cas actuel.

Independamment de l'altération des tuniques du rectum, il existait encore une *fistule recto-vaginale*, s'ouvrant à quatre lignes au-dessous du museau de tanche.

M. Monod présente un cas de *cancer encéphaloïde du testicule*. Il fait connaître, au sujet de cette maladie, les particularités suivantes : un homme affecté d'une double hernie présentait depuis longtemps un gonflement du testicule gauche. A mesure que la tumeur du testicule s'accroissait et se propageait vers l'anneau, où elle pénétra enfin par une sorte d'appendice ou de queue, on observa une réduction spontanée, non seulement de la hernie du côté gauche, mais même de celle du côté opposé à la tumeur. M. Monod, après avoir constaté l'existence d'une petite quantité de liquide à la partie inférieure, et après avoir diagnostiqué un sarcocèle, se décida à l'opération qu'on avait déjà refusé de pratiquer. L'opération a présenté les particularités suivantes : 1° la dissection du prolongement de la tumeur qui se propageait à travers l'anneau a été très-laborieuse, elle a nécessité le débridement d'un des piliers de l'anneau ; 2° l'adhésion du fond du sac herniaire avec l'extrémité supérieure de la tumeur était telle qu'on a été dans l'impossibilité d'appliquer une ligature sur le cordon entre le sac herniaire et la tumeur, en sorte qu'on a compris le cordon et une partie du sac herniaire dans une même ligature au-dessous de laquelle on a divisé l'un et l'autre ; 3° on a ouvert pendant l'opération une artère d'un calibre assez considérable pour faire supposer à M. Monod que ce pouvait être l'épigastrique : la ligature immédiate a prévenu toute hémorrhagie, et depuis l'opération, qui a eu lieu la veille, le malade est très-bien. Toutefois, d'après l'examen anatomico-pathologique de la tumeur, M. Monod croit devoir porter un pronostic défavorable. Voici ce qu'elle présente : elle est irrégulièrement piriforme, se terminant à sa partie supérieure par une pointe ou appendice, au-dessus duquel on trouve d'un côté quelques vestiges des élémens du cordon qui a été divisé dans une partie encore saine ; 2° d'un autre côté, une petite cavité séreuse, formée par le fond du sac herniaire. L'état intérieur de la tumeur est le suivant : au milieu d'une masse, composée en partie de substance encéphaloïde au sein de laquelle se voient quelques épanchemens sanguins, en partie de cette matière diffluente appelée colloïde, on trouve deux ou trois noyaux de substance blanche, compactes, et présentant l'aspect de la matière tuberculeuse. On n'a pu retrouver dans toutes les parties de la tumeur aucun vestige de la substance du testicule.

M. Rippault présente des *acéphalocystes* développées dans un kyste appartenant au *rein* droit. Elles sont en nombre considérable, quelques-unes sont très-volumineuses. Le kyste dans lequel elles étaient renfermées, formait dans la fosse iliaque droite une tumeur qu'on avait regardée comme étant due à un kyste de l'ovaire. La malade urinait abondamment.

M. Rippault fait remarquer que chez la femme, sur laquelle ont été recueillies ces acéphalocystes, le poumon contenait des tubercules, circonstance importante aux yeux de ceux qui regardent les tuber-

cules et les acéphalocystes comme des variétés de la même affection.

M. Reignier présente un *moignon cicatrisé* provenant d'une amputation du poignet faite depuis plusieurs années. Entre le lambeau qui recouvre les surfaces radiale et cubitale, et ces surfaces elles-mêmes, on ne trouve aucun vestige de synoviale, on voit seulement un tissu cellulaire élastique non graisseux, on voit aussi les nodules formés par l'extrémité divisée des cordons nerveux. Il ne reste sur les surfaces osseuses aucun vestige des cartilages d'encroûtement, à l'exception de la surface cubitale qui en conserve quelque peu.

M. Husson présente un cas de *cancer* du fond de l'*utérus* par suite duquel des communications anormales se sont établies entre l'utérus et la vessie ainsi qu'entre l'utérus et le canal intestinal; non-seulement il y a une large communication par destruction de la paroi antérieure du rectum, mais encore l'intestin grêle communique dans l'intérieur de la cavité utérine par deux embouchures, l'une afférente, très-largement ouverte dans le foyer, l'autre efférente consistant dans une espèce de petit mamelon arrondi présentant l'aspect de l'embouchure pharyngienne de la trompe d'Eustache, et au centre duquel on voit une petite fente. La seconde communication entre l'utérus et le canal intestinal a lieu à l'extrémité supérieure du rectum dans le lieu où cet intestin se continue avec l'S iliaque. Il y a donc dans le foyer du cancer quatre ouvertures intestinales : les deux ouvertures de l'intestin grêle et celle du gros intestin. Entre les deux ouvertures de chacun des intestins il existait une interruption complète du tube intestinal. Des matières dures, présentant l'aspect de la terre glaise à demi désséchée, existaient dans la portion du colon située au-dessus de l'S iliaque. L'ancienneté de ces matières, leur quantité considérable, comparée à l'exiguité de l'orifice intestinal par lequel elles auraient pu passer pour arriver dans le colon par le bout de l'intestin grêle situé au-dessous de la rupture de cet intestin, attestaient évidemment que les matières contenues dans l'S iliaque y étaient depuis l'époque à laquelle avait eu lieu l'interruption dans la continuité de l'intestin grêle.

M. A. Bérard donne quelques détails sur l'accident arrivé à une jeune fille qui a fait une *chute* du quatrième étage sur le pavé au moment où elle s'appuyait sur un treillis en bois qui s'est détaché subitement. Voici l'état dans lequel était cette enfant au moment où MM. Bérard et Pigeaux l'ont examinée : les deux membres pelviens étaient ecchymosés à leur côté interne dans toute leur longueur; la vulve présentait une déchirure qui s'étendait jusqu'à 3 ou 4 lignes de l'anus. La grande lèvre droite était le siége d'un thrombus, et le pubis offrait une contusion. Il n'existait aucune lésion intérieure, du moins appréciable par des symptômes.

D'après l'examen des parties qui ont été froissées dans cette chute

M. Bérard pense qu'elle a dû avoir lieu, les cuisses étant écartées l'une de l'autre à un degré assez considérable pour que le pubis touchât le sol en même temps que la surface interne des deux cuisses; en un mot, dans une attitude analogue à celle que les danseurs de corde désignent, à ce qu'il croit, sous le nom de *grand écart.*

Epanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale. — Extrait de l'observation de M. Longet, *interne à l'hospice de la Vieillesse* (Hommes).

Lefebvre (tailleur), âgé de 73 ans, sujet aux étourdissemens, ressentait depuis une année de la douleur et de l'engourdissement dans les membres abdominaux, et par fois il éprouvait un peu de difficulté et d'embarras dans la prononciation; mais aucun de ces phénomènes n'avait de suite, leur durée était fort courte.

Le 12 juillet, il se plaint d'un mal de tête violent; il dit qu'il sent son bras droit s'affaiblir, les mouvemens y devenir plus difficiles, et on y constate déjà une diminution assez notable de la sensibilité. L'intelligence est intacte.

Le 13, le mal de tête persiste avec toute son intensité de la veille; la force est diminuée dans le membre inférieur droit qui ne peut être soulevé qu'avec beaucoup d'efforts de la part du malade. La sensibilité ne paraît pas diminuée dans la même proportion que la contractilité dans les deux membres affectés. Du reste, pas de contraction, pas de déviation de la bouche; la langue sort droite de la cavité buccale. Lefebvre a eu des vertiges, les facultés intellectuelles paraissent plus obtuses, la mémoire est faible et infidèle, ses idées sont troublées, ses perceptions plus lentes. Ses réponses sont justes, mais elles ne sont émises qu'avec une lenteur remarquable; la langue paraît embarrassée. Le malade manifeste une tendance continuelle au sommeil et une indifférence complète sur son état présent.

Le 14, il y a eu un peu de délire la nuit; la céphalalgie

est un peu plus supportable, l'agitation pénible, et le pouls, de lent qu'il était la veille, a pris de la fréquence. Il y a un appareil fébrile assez développé, et quelques symptômes de fièvre adynamique apparaissent : la face est violacée, les yeux sont legèrement injectés, larmoyans, et l'ensemble de la physionomie offre une sorte de stupeur ; la soif est plus ardente ; la langue présente de la sécheresse et une rougeur assez prononcée. Le pouls est accéléré, la peau sèche, la chaleur augmentée.

Le malade a perdu complètement l'usage de son côté droit ; la sensibilité et le mouvement ont entièrement disparu ; le côté frappé de paralysie est dans une résolution parfaite.

L'embarras de la langue est plus marqué ; le malade ne profère plus que quelques paroles entrecoupées ; il paraît néanmoins saisir encore les questions qu'on lui fait ; il éprouve une difficulté infinie à y répondre. La bouche est légèrement déviée du côté opposé à celui que la paralysie a atteint.

Le 15, l'état comateux est complet ; Lefébvre ne répond plus aux questions qu'on lui adresse ; cependant il fait comprendre par des mouvemens automatiques qu'il a pu les saisir. On observe une légère contracture du côté malade. Le malade ne sent pas d'engourdissemens, de picotement dans les membres paralysés, et ne témoigne pas de douleur quand on les fait mouvoir avec rudesse.

La vue est conservée. La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche et presqu'immobile ; les yeux sont fixes, dirigés en haut ; la tête est portée en arrière. La soif est vive, la langue brunâtre ; la déglutition s'opère avec difficulté.

Le 16, la stupeur a acquis son plus haut degré. La légère contraction observée la veille a disparu : aujourd'hui la résolution est complète. Le malade entend un peu et fait des efforts pour répondre ; mais bientôt il retombe dans le

coma : la respiration est parfois râlante, la déglutition est impossible ; le malade laisse écouler ses urines.

Mort le 17 juillet à cinq heures du soir.

Nécropsie 15 *heures après la mort.* — Le crâne n'offre rien de particulier, non plus que la dure-mère dont les sinus sont gorgés de sang.

La cavité de l'arachnoïde est occupée par une production accidentelle. En exerçant une légère traction sur la dure-mère, je détruis de fines adhérences, et je parviens à renverser, avec les lambeaux de cette membrane, un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche. Il s'étend d'avant en arrière, depuis la suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusques dans les fosses supérieures de l'occipital. Dans le sens transverse il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces, à partir de la faux cérébrale qui présente une concrétion osseuse. Cette tumeur sanguine aplatie, alongée, d'une couleur en quelque sorte comparable à celle de la rate, n'a pas contracté d'adhérences intimes avec le feuillet arachnoïdien cérébral dont elle se trouve isolée par une membrane mince, lisse et polie. Les adhérences sont plus sensibles avec le feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère qui, loin d'être chagrinée, est parfaitement lisse, d'où l'on pourrait inférer que le feuillet pariétal y est encore appliqué, et que par conséquent l'épanchement apoplectique a son siège dans la cavité de l'arachnoïde.

Quoi qu'il en soit de ce siège, le coagulum dont je parle avait déprimé l'hémisphère cérébral gauche, de manière qu'il y formait une gouttière profonde dans laquelle il se logeait ; que les circonvolutions de ce côté se trouvaient affaissées, et de beaucoup au-dessous du niveau de celles du côté opposé. Il adhère, *surtout par sa circonférence* qui va en s'amincissant d'une manière graduelle, au feuillet pariétal de l'arachnoïde. Ce corps résistant est formé par du sang en partie solide et fibrineux, en partie liquide et noir.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche et sur laquelle s'appuyait le coagulum, offrait une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et imprégnées de sang; mais dans aucun endroit on ne pouvait constater la rupture de vaisseaux sanguins. La pie-mère fortement injectée se laissait détacher facilement de la substance cérébrale.

Le reste de la masse encéphalique est à-peu-près sain : il est ferme et consistant; seulement les deux hémisphères (et surtout l'hémisphère gauche) coupés par tranches, présentent une injection assez forte des deux substances, mais point *de foyers hémorrhagiques*. Les ventricules ne contiennent pas une goutte de sérosité.

Poitrine. — Les poumons sont adhérens à la plèvre costale, mais ils n'offrent aucune espèce d'altération.

Le cœur est peut-être un peu volumineux.

Abdomen. — La membrane interne de l'estomac est jugée exempte d'altération. On observe une phlogose légère vers la fin de l'intestin grêle. Le tissu de la rate se laisse déchirer avec une facilité remarquable.

Le foie, les reins, la vessie paraissent être à l'état physiologique.

Rapport sur l'observation précédente; par M. Baillarget, *premier interne en médecine à la Maison royale de Charenton.*

Chargé de faire un rapport sur l'observation qui précède, nous nous sommes acquitté de cette tâche avec d'autant plus de plaisir, que plusieurs faits que nous avons nous-même recueillis chez des aliénés paralytiques, avaient depuis long-temps déjà fixé notre attention sur cette espèce d'hémorrhagie méningée. Après avoir lu la plupart des observations analogues publiées par les auteurs, nous ne craignons point d'avancer que celle de M. Longet est une

des plus intéressantes sous le rapport du diagnostic et de l'anatomie pathologique. On a cru que le malade avait succombé à un ramollissement du cerveau; et si on considère que les signes précurseurs, les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie ont été les mêmes que dans cette dernière affection, on verra que l'erreur était pour ainsi dire inévitable. M. Longet vous a, à cette occasion, rappellé l'opinion de M. Rostan, qui, en parlant des hémorrhagies de l'arachnoïde, dit : « Que rien ne ressemble plus au ramollissement du cerveau que cette maladie. » Cependant ce serait, à notre avis, se tromper gravement que de croire qu'il en est ainsi dans tous les cas. Des trois observations que M. Rostan lui même a rapportées; il en est au moins une où les symptômes ne peuvent, en aucune manière, être pris pour ceux d'un ramollissement. Dans d'autres faits publiés par Abercrombie et M. Calmeil, on n'a point observé de paralysie, et l'idée d'un ramollissement n'a pu par conséquent se présenter. D'ailleurs toutes les fois que l'hémorrhagie de l'arachnoïde, qu'elle ait ou non simulé le ramollissement, ne se termine point par la mort; que les symptômes, au lieu d'aller en s'aggravant, diminuent d'intensité; que le malade se rétablit plus ou moins promptement, on ne pourra point encore confondre ces deux affections. Or, les kystes hémorrhagiques, plus ou moins anciens, que MM. Ribes, Abercrombie, Houssard, Calmeil, Blandin, Favre, etc. ont trouvés dans la cavité de l'arachnoïde, prouvent que les malades ne succombent souvent qu'après un ou plusieurs mois, ou même plusieurs années. Il est important de remarquer que si l'hémorrhagie a, dans ces divers cas, simulé le ramollissement, on pourrait croire avoir guéri cette dernière maladie. On conçoit, très-bien, par exemple, qu'il aurait pu en être ainsi, si le vieillard dont M. Longet vous a rapporté l'observation n'avait point succombé. Cependant la diminution rapide de la paralysie dans le cas d'hémorrhagie, ou même sa dispari-

tion complète dans un temps assez court, nous semble, dans tous les cas, devoir empêcher qu'on adopte cette idée. J'ai dit plus haut que le malade se rétablissait promptement : je n'entends point par là qu'il revient à son état antérieur. En effet, en lisant les observations des auteurs que j'ai cités, on voit que le plus souvent tantôt il est resté de l'embarras dans la langue, une faiblesse générale des membres, quelquefois prédominant à droite ou à gauche, ou bien le délire a éclaté, etc. Il est une autre opinion relative au diagnostic des hémorrhagies de l'arachnoïde, que nous devons rappeler ici. « L'exhalation de sang, dit M. Rochoux, *toutes* les fois qu'elle a lieu à l'extérieur du cerveau, suit une marche assez analogue à celle de l'épanchement séreux des ventricules, à cela près de la fièvre dont l'absence peut seule la faire distinguer de cette affection, et qu'elle simule l'apoplexie quand elle a son siège dans les ventricules, parce qu'il y a alors hémiplégie si l'épanchement s'est fait d'un seul côté. » Cette assertion, comme celle de M. Rostan, doit encore être limitée à un petit nombre de cas. Il y a eu hémiplégie chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation : on retrouve encore ce symptôme dans les faits de Morgagni, de MM. Rostan, Houssard, etc. Il ne saurait donc servir de caractère pour distinguer l'hémorrhagie qui a lieu à la surface d'un hémisphère, de celle qui se fait dans les ventricules ; mais il empêchera dans tous les cas de confondre ces maladies avec l'hydrocéphale aiguë. Quant à la fièvre, si elle était, comme le dit M. Rochoux, le seul caractère propre à distinguer cette dernière affection de l'hémorrhagie de l'arachnoïde, il faudrait y attacher peu d'importance, puisqu'il peut exister dans les deux cas. Cependant il faut remarquer que, dans l'un, la fièvre précède l'état comateux, et que, dans l'autre elle ne survient le plus souvent qu'après un ou deux jours. Il faudrait aussi alors tenir compte de l'âge des malades en général, si différent dans ces deux affections.

Quelquefois l'exhalation de sang à la surface du cerveau a simulé l'épanchement dans la substance même de l'organe, et c'est ce qu'on peut voir surtout dans une des observations de Morgagni. Ailleurs on aurait pu la confondre avec une forte congestion, si elle ne s'en distinguait ordinairement par la durée plus considérable des symptômes de compression, par la lenteur avec laquelle ils se dissipent. J'ajouterai que chez les aliénés paralytiques, il se fait assez souvent de légers épanchemens de sang dans la cavité de l'arachnoïde. On ne peut point alors les distinguer des simples congestions qui, chez ces malades, durent souvent pendant plusieurs jours. On pourrait aussi les confondre avec de simples récrudescences de la maladie qui s'observe assez fréquemment. On sait d'ailleurs qu'une congestion qui se fait sur un seul hémisphère peut produire l'hémiplégie incomplète du côté opposé : on la voit alors se dissiper presqu'immédiatement après la saignée. C'est ce que nous avons eu occasion d'observer deux fois déjà chez la même malade, à des époques assez éloignées.

De toute cette discussion relative au diagnostic, nous pourrons, je crois, conclure qu'on a eu tort d'admettre, d'après un trop petit nombre de faits, que l'hémorrhagie de l'arachnoïde ressemblait toujours, soit au ramollissement du cerveau, soit à l'hydrocéphale aiguë, qu'elle peut en outre simuler l'hémorrhagie cérébrale, une congestion très-forte, ou bien une congestion légère, etc. Ce résultat n'aura rien d'étonnant si on considère que les symptômes doivent nécessairement varier selon, 1° que le sang est exhalé sur un seul ou sur les deux hémisphères; 2° que la quantité de sang est plus ou moins considérable; 3° que l'exhalation se fait plus ou moins rapidement; 4° selon qu'elle continue jusqu'à la mort ou bien qu'elle s'arrête plusieurs jours auparavant, ou même encore selon qu'elle cesse et recommence à plusieurs reprises, comme quelques observations pourraient faire croire que cela a quelquefois

eu lieu. Je crois du reste qu'il n'est pas impossible de reconnaître dans certains cas la maladie à sa marche; mais, il me faudrait, à l'appui de cette assertion, citer plusieurs observations, comparer les symptômes à ceux du ramollissement, de l'hémorrhagie cérébrale, de l'hydrocéphale, de la congestion, etc. et montrer en quoi ils en diffèrent, ce qui m'entraînerait à beaucoup trop de développemens.

La poche remplie de sang qu'on a trouvée à la face interne de la dure-mère avait cinq pouces de long sur trois pouces de large, elle recouvrait par conséquent une grande partie de l'hémisphère gauche. La membrane qui limitait ainsi l'épanchement était mince et transparente comme l'arachnoïde; à la circonférence elle se continuait avec la face interne de la dure-mère, et elle disparaissait ainsi graduellement sur celle-ci, sans qu'on observât de ligne de démarcation tranchée. Du reste, on ne voyait de sang ni à la surface du cerveau, ni à sa base : quelle est, après cet examen, la première idée qui a dû se présenter sur le siége de l'hémorrhagie? Quant à nous, il nous semble qu'on a d'abord dû penser qu'elle était située entre la dure-mère et l'arachnoïde. Supposez, en effet, qu'un tel épanchement ait lieu, en quoi différra-t-il de celui qu'a observé M. Longet? Dans les deux cas, vous ne trouverez de sang que dans la poche qui existe à la face interne de la dure-mère, et la membrane qui la formera aura dans les deux cas la même apparence. Ce qui contribuera surtout à faire adopter cette opinion, que l'épanchement a lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde, c'est sa circonscription exacte qui doit alors nécessairement exister, et qui semble au contraire si difficile à concevoir si le sang a été exhalé dans la cavité de la membrane séreuse. Aussi dans la discussion qui s'est élevée au milieu de la Société, sur le siége de l'hémorrhagie que présentait M. Longet, est-ce la principale objection qu'on a faite. Nous avons dit alors comment l'examen attentif de plusieurs faits analogues nous avait conduit à ex-

pliquer d'une manière simple cette apparente similitude des hémorrhagies qui pourraient avoir lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde et celles qui se font dans la cavité de cette membrane. Nous avons pu constater quatre fois : 1° qu'il se formait à la face inférieure de l'épanchement un feuillet membraneux mince et transparent et un autre semblable à la face supérieure : 2° que ces deux feuillets à la circonférence de l'épanchement se réunissaient en un seul qui s'étendait souvent fort loin : 3° enfin, que le feuillet supérieur contractait constamment des adhérences avec l'arachnoïde pariétale. Si tout cela avait eu lieu pour l'épanchement soumis à votre examen, la membrane transparente qui le limitait ne devait être autre que le feuillet formé à la face inférieure, et on devait trouver le supérieur en détruisant les adhérences. C'est en effet ce que vous avez bientôt constaté. M. Blandin, en parlant des hémorrhagies qui se font entre la dure-mère et son feuillet séreux, dit qu'elles sont toujours très-bien circonscrites. Vous conclurez avec nous de l'observation de M. Longet, qu'on aurait tort de s'appuyer sur ce caractère pour déterminer le siége de l'épanchement dans les cas douteux, puisqu'il se rencontre aussi dans les hémorrhagies de l'arachnoïde. J'ajouterai même que ce n'est que dans le plus petit nombre des cas, et seulement quand l'épanchement est très-considérable et se fait très-rapidement, que le sang pénètre à la base ; encore peut-on supposer qu'il y a été exhalé. Il faut remarquer que le malade a succombé six jours après l'invasion des premiers symptômes, que les fausses membranes ne peuvent se former et les adhérences s'établir que quand l'exhalation a cessé, et que par conséquent tout ce travail était encore bien récent : cependant il y a eu matière à discussion. Que serait-il donc arrivé si le malade n'avait succombé qu'après plusieurs mois, ou même plusieurs années ? Alors, au lieu d'une simple fausse membrane, vous eussiez trouvé un kyste plus ou moins épais, dont la face

inférieure, lisse et polie, en contact depuis long-temps avec la sérosité et l'arachnoïde cérébrale, vous eût paru tapissée par une membrane séreuse. Peut-être même, avec du soin, parviendrait-on à soulever le premier feuillet formé à la face inférieure de l'épanchement, et on pourrait alors le prendre pour l'arachnoïde. Mais je suppose qu'on détruise les adhérences qui unissent le kyste à la face interne de la dure-mère, croit-on que l'examen de la surface ainsi mise à nu pourra détruire l'erreur ? Je vais répondre par une citation de M. Ribes. « Un de mes confrères, dit-il en parlant du kyste hémorrhagique qu'il a trouvé à la face supérieure du cerveau, pensait que le sang s'était d'abord épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde, et il fondait son opinion sur ce qu'il croyait que l'arachnoïde n'existait plus sur la portion de la dure-mère qui correspondait au kyste. » Il est évident, en effet, que sur ce point l'arachnoïde aura tout-à-fait perdu l'aspect lisse et poli qui lui est propre, et qu'on pourra penser qu'elle n'existe plus. Je dois dire que le médecin dont parle M. Ribes était M. Breschet, M. Magendie ou M. Rochoux, qui assistaient seuls à l'examen de la pièce. Pour prouver combien il est quelquefois difficile de prononcer, j'ajouterai un autre fait, qui aura d'autant plus de poids qu'il s'est passé au milieu même de cette Société.

En 1830, M. Fabre présenta un kyste qui contenait cinq onces de sang et qui avait été trouvé chez un aliéné à la face interne de la dure-mère : une discussion eut également lieu sur le siége de l'épanchement qui était très-ancien. MM. Manec et Michon combattirent l'opinion de M. Fabre qui pensait que l'hémorrhagie s'était faite dans la cavité de l'arachnoïde, et soutinrent au contraire que le kyste était situé entre les lames de la dure-mère.

Ne pouvant rapporter ici les observations de MM. Rostan, Serres, Howship, Blandin, nous ne vous dirons point de conclure de ce qui précède qu'il ne se fait jamais d'hémorrhagie

considérables, et dans un temps très-court, entre la dure-mère et l'arachnoïde, et que les auteurs que je viens de citer se sont trompés, mais nous remarquerons que la formation constante à la surface de l'épanchement d'un double feuillet membraneux qui a tout-à-fait l'aspect de l'arachnoïde, et les adhérences que contracte toujours le feuillet supérieur avec la face interne de la dure-mère, peut devenir une cause d'erreur difficile à éviter, surtout quand les hémorrhagies sont anciennes. Cette disposition n'ayant été signalée par aucun des auteurs, on peut en effet penser qu'ils se sont mépris sur le siége de l'épanchement, surtout si on considère : 1° que les petits vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire très-serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, ne sauraient donner lieu à des épanchemens aussi abondans; 2° qu'il faudrait supposer que le sang est poussé dans ces petits vaisseaux avec une force bien considérable pour détruire rapidement, et dans une aussi grande étendue, une adhérence aussi intense, malgré la résistance qu'oppose en-dessous la masse du cerveau; 3° enfin, que s'il en était ainsi, on concevrait beaucoup plus facilement la rupture du feuillet séreux que son décollement. Il est vrai que M. Menières a supposé que l'hémorrhagie était précédée d'un engorgement du tissu cellulaire très-serré qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, engorgement qui rendrait le décollement plus facile : mais ce n'est là qu'une hypothèse, dont on peut ne point tenir compte, jusqu'à ce qu'on ait cité des faits à l'appui. Nous croyons donc qu'il faut maintenant attendre de nouvelles observations pour admettre que des hémorrhagies considérables peuvent se faire dans un temps très-court entre la dure-mère et l'arachnoïde. M. Longet a examiné avec beaucoup de soin la surface du cerveau sans trouver de rupture; nous croyons donc avec lui, malgré l'assertion contraire de M. Serres, que le sang a été exhalé. Nous dirons même que nous ne concevons pas qu'un vaisseau de

la pie-mère se rompe (et il n'y a que ceux-là qui peuvent donner lieu à l'épanchement), sans qu'il y ait plus ou moins de sang infiltré dans cette membrane. Nous admettrons donc, comme des exemples d'hémorrhagies par exhalation, toutes celles où l'on n'a point indiqué de rupture, et où cette circonstance n'existe pas. Alors nous en trouverons des observations assez nombreuses dans les auteurs, et notamment dans Bang, Lieutaud, Wepfer, Morgagni, Neuman, Chiarugi, MM. Abercrombie, Bayle (1), Calmeil, Rochoux, Rostan, etc. — Si on considère que des hémorrhagies de l'arachnoïde, plus ou moins considérables, se rencontrent dans un huitième des cas environ, dans la paralysie générale des aliénés, maladie très-commune, je crois qu'on pourra admettre, malgré l'assertion contraire des auteurs, que l'arachnoïde est de toutes les membranes séreuses celle où l'exhalation sanguine est la plus fréquente. L'hémorrhagie, chez le malade dont M. Longet vous a lu l'observation, ne s'est faite que sur un hémisphère : dans des cas semblables, Morgagni et M. Abercrombie ont re-

(1) Il est facile de voir que M. Bayle, dans son ouvrage sur la méningite chronique, a pris pour des fausses membranes, résultat d'une inflammation, des épanchemens de sang plus ou moins anciens. Les nombreuses autopsies d'aliénés paralytiques que nous avons déjà eu occasion de faire depuis 3 ans à la maison royale de Charenton, nous ont conduit à penser que telle était certainement l'origine de presque toutes les fausses membranes qu'on trouve chez ces malades dans la cavité de l'arachnoïde. S'il en est ainsi, le principal caractère sur lequel on pourrait s'appuyer pour prouver l'inflammation chronique se trouverait manquer. Les autres, en effet, tels que l'infiltration de la pie-mère, l'épanchement de sérosité limpide dans la cavité séreuse, quelques taches opaques sur l'arachnoïde, sont loin, comme on sait, de prouver une phlegmasie, surtout quand le cerveau est altéré, et M. Bayle n'ignore point que le plus souvent il y a, en même temps, un ramollissement superficiel, mais souvent très-étendu, de la substance grise extérieure, dont une couche très-mince s'enlève avec les membranes.

marqué que les vaisseaux de la pie-mère, du côté où l'exhalation avait eu lieu, étaient gorgés de sang, tandis qu'ils étaient vides du côté opposé.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Du rapport qui existe entre l'inflammation des reins et les désordres fonctionnels de la moelle épinière et de ses nerfs: par EDWARD STANLEY, *professeur, etc. Extrait de l'anglais par le docteur* G. RICHELOT (1).

Dans les observations que renferme le mémoire du docteur Stanley, on voit une altération des reins coïncider avec la sensibilité de la colonne vertébrale à la pression et avec la paralysie des membres inférieurs. D'après ces deux derniers symptômes, on a traité les malades comme s'ils étaient atteints d'une maladie des fibro-cartilages et du corps des vertèbres. Ces faits sont nouveaux et propres à jeter quelque lumière sur la pathologie du système nerveux.

OBS. Ire — Dans le courant de l'année 1818, on admit à l'hôpital St.-Barthélemy un homme atteint de paraplégie et de rétention d'urine. Les membres inférieurs avaient perdu la faculté de sentir et celle de se mouvoir. La pression exercée sur le trajet du rachis déterminait de la douleur au niveau de la troisième vertèbre lombaire. On diagnostiqua une maladie des vertèbres, et l'on plaça un cautère en ce point. Une grande amélioration suivit cette pratique; le sentiment et le mouvement revinrent en partie, et la rétention d'urine se changea en incontinence. Là, se borna l'amélioration; le malade succomba.

Autopsie. — La plus minutieuse attention ne put faire découvrir aucune lésion, ni dans les vertèbres, ni dans les

(1) *London medic. chirurg. Trans.*; t. XVIII, part. I, p. 260.

fibro-cartilages; la moelle, les nerfs, le cerveau et ses membranes étaient également sains. L'un des reins offrit de nombreux abcès peu considérables, disséminés dans son parenchyme. L'autre était gorgé de sang, son tissu était ramolli. La membrane muquense des uretères et de la vessie était injectée, et la tunique musculaire de ce dernier organe était épaissie.

Obs. IIe — En 1821, un homme âgé de 35 ans entra à l'hôpital pour une paralysie incomplète des membres supérieurs et inférieurs. La maladie existait depuis un mois; on lui assignait pour cause une altération des vertèbres cervicales. Le malade était atteint en outre d'*irritation* de la vessie; parfois il ne pouvait évacuer son urine qui était mêlée avec une matière purulente. Il mourut au bout de six semaines.

Autopsie. — Les deux reins étaient gorgés de sang; l'un d'eux contenait de petits abcès. La tunique musculeuse de la vessie était épaissie; la muqueuse était fortement injectée. Le cerveau et la moelle, les vertèbres et leurs fibro-cartilages étaient parfaitement sains.

Obs. IIIe — *communiquée par M. Henry Hunt, de Dartmouth.* — Un homme, âgé de 28 ans, fit une chute sur le dos; il en résulta une forte contusion qui fut guérie en peu de jours. Quelques semaines après cet accident, il se livra à un violent exercice, et, comme il était couvert de sueur, il fut tout-à-coup glacé par un courant d'air froid. La nuit suivante, il éprouva dans les lombes une vive douleur, qui fut dissipée en partie par une saignée locale. Avec la persistance de cette douleur, coïncida la perte progressive du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs. La douleur était augmentée par la pression, mais elle n'était point exaspérée par l'application d'une éponge chaude. Ces symptômes s'aggravèrent, l'urine s'écoula involontairement, et le malade mourut.

Autopsie. — Un des reins était transformé en une poche

remplie de pus ; l'autre contenait plusieurs petits abcès. La moelle et toutes les autres parties du corps furent trouvées saines.

Obs. IVe. — *communiquée par M. Horwood de Gosport.* —Le sujet de cette observation avait fait une chute sur le dos, qui avait été suivie de paralysie des membres inférieurs. On considéra en conséquence la maladie comme ayant son siége dans la colonne vertébrale, et l'on appliqua le traitement employé en pareil cas.

Autopsie. — Abcès dans les deux reins, épaississement des parois de la vessie, engorgement de la prostate. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains ; le cerveau et la moelle épinière étaient sains à cela près d'une injection considérable des membranes de la dernière au-dessous de la première vertèbre lombaire.

Obs. Ve—*recueillie par M. Burnett.* Un homme âgé de 22 ans, entra, dans le courant de 1829, à l'hôpital, pour une rétention d'urine survenue à la suite d'une gonorrhée intense supprimée par des injections. La vessie perdit la faculté d'expulser l'urine; le sphincter de l'anus fut paralysé, ainsi que les membres inférieurs. Il existait en outre une vive douleur dans le dos, au niveau de la cinquième vertèbre lombaire. Le visage était rouge et exprimait une grande anxiété. Langue chargée ; pouls à 120, rapide et dur. Abdomen tendu et tuméfié, et douloureux à la pression, vers la région hypogastrique. Le malade indiquait du doigt les parties qui étaient le siége de la douleur, laquelle s'étendait de la vessie au rein gauche et de là, en traversant la région lombaire, au rein droit. Les membres inférieurs devinrent flasques ; bientôt ils perdirent complètement la faculté de se mouvoir, et en grande partie celle de sentir. L'urine sortait goutte à goutte ; les fèces passaient involontairement. L'urine que l'on retirait de la vessie par le cathétérisme était fortement colorée, fétide et mêlée avec des mucosités. (Purgatifs, bains chauds, saignées lo-

cales, Poudre de Dower, etc.) Tels furent les principaux moyens employés. Il se forma une escharre au-dessus du sacrum et sur la hanche droite; le pouls devint faible; la langue sèche et brune. L'urine diminua et fut presque entièrement supprimée. Le malade mourut après un séjour de quinze jours à l'hôpital.

Autopsie. — Les reins étaient augmentés de volume et ramollis. En les divisant, on trouva les vaisseaux gorgés de sang, et un grand nombre de petits abcès disséminés tant dans la substance corticale que dans la tuberculeuse. Les calices et les bassinets étaient remplis de pus mêlé à un mucus épais et visqueux; la membrane muqueuse de la vessie était très-injectée, et en partie recouverte par de la lymphe plastique. On ne trouva aucune altération dans le cerveau et la moelle.

Obs. VIe — Un homme âgé de 30 ans entra à l'hôpital Saint-Barthélemy, dans le service de M. Earle, pour une gonorrhée avec phimosis, en voie de guérison. L'inflammation avait cédé, mais l'écoulement persistait; trois semaines après (en mai 1833), sans cause appréciable, il fut atteint subitement de paraplégie, qui s'étendait aussi haut que l'ombilic. La perte du mouvement était complète; la sensibilité était en grande partie éteinte. Les fonctions du cerveau étaient intactes. Le malade avait souffert dans les lombes pendant un jour ou deux. Le pouls était à 85, et plein. (Saignées locales, purgatifs). L'urine s'écoulait involontairement, en grande quantité. Le cathétérisme fit évacuer trois pintes de ce liquide. Le malade mourut soudainement seize heures après l'attaque de paraplégie.

Autopsie. — Le docteur Stanley, se rappelant les faits qui précèdent, annonça qu'on trouverait les reins enflammés. La moelle épinière fut d'abord examinée avec soin. On y remarqua quelque turgescence vasculaire, tant dans ses membranes que dans sa substance propre au niveau de la région lombaire; quelques drachmes de sérosité limpide

dans le canal vertébral; mais la turgescence vasculaire, ni cette sérosité ne pouvaient rendre compte de la paraplégie. Le foie était augmenté de volume et induré; les autres viscères abdominaux étaient sains, à l'exception des reins. Ceux-ci étaient presque noirs, flasques; en les incisant, on les trouva gorgés de sang. La membrane muqueuse des calices et des bassinets était injectée et livide; celle des uretères et de la vessie participait à cet état. La vessie contenait une pinte d'urine. Il y avait un peu de sérosité entre les membranes du cerveau et dans ses ventricules.

Une chose digne de remarque dans cette observation, c'est l'excessive sécrétion d'urine coïncidant avec l'afflux également considérable du sang dans les reins.

Obs. VII[e] — *communiquée par le docteur Georges Burrows.* — Un homme âgé de 35 ans entra à l'hôpital Saint-Barthélemy, dans le service du docteur Latham, pour une incontinence d'urine et une vive douleur du dos, qui existaient depuis plus de deux ans. La douleur s'étendait depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la dernière lombaire, et était exaspérée par la pression; elle se propageait même au-devant de la poitrine; la respiration en était gênée. L'urine et les féces passaient involontairement; pouls 80. Les ventouses scarifiées sur le dos ne diminuèrent point la douleur, mais la respiration devint plus facile, et la défécation cessa d'être involontaire. Toutefois la dyspnée revint en s'accompagnant d'assoupissement; le malade mourut.

Autopsie. — Quantité considérable de sérosité sous l'arachnoïde cérébrale; sérosité moins abondante dans le canal vertébral; injection de la pie-mère dans la portion lombaire de la moelle épinière; à cela près, la moelle était saine. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains, à l'exception des reins: le bassinet et les calices du rein droit étaient dilatés et distendus par un liquide puriforme, peu épais; dans quelques endroits le tissu du rein avait disparu, de sorte que les calices s'étendaient

presque jusqu'à la surface de l'organe. La capsule du rein enlevée, la substance corticale offrait une couleur marbrée, due à des taches blanches et rouges entremêlées; les taches blanches étaient les plus nombreuses; le rein gauche offrit les mêmes altérations; les deux uretères étaient dilatés; la vessie contenait un liquide clair, puriforme, semblable à celui qui avait été trouvé dans le rein; la tunique musculaire de la vessie était épaissie.

M. Henry Hunt, de Dartmouth, a vu quatre autres cas semblables; il a remarqué, 1° que les symptômes ressemblent à ceux de la première période de l'inflammation des vertèbres, tels que engourdissemens, crampes, impuissance de la volonté pour diriger les mouvemens des jambes, etc.; 2° que le malade éprouve la sensation de fils métalliques ou de cordes qui seraient serrés autour des membres en différentes directions; 3° qu'au début de l'inflammation des reins, l'urine n'éprouve aucune altération sous le rapport de la quantité et de la qualité, ce qui éloigne toute idée de maladie de ces organes jusqu'à ce qu'il s'y mêle du pus. M. Hunt fait ensuite allusion à des cas d'affection de l'utérus qui offraient pour symptôme principal une paralysie complète des membres inférieurs, et dont la marche n'a pas permis de douter que les parties auxquelles on avait d'abord rapporté la maladie ne fussent parfaitement exemptes de toute lésion organique.

Nous venons de voir des exemples d'une maladie, en apparence inflammatoire, débutant dans les reins, et exerçant une influence fâcheuse sur la moelle épinière et sur les nerfs qui en naissent. Pour rendre plus plausible cette relation entre deux organes dont les fonctions sont si différentes, le docteur Stanley croit devoir se livrer à quelques considérations sur les cas beaucoup plus fréquens où l'influence morbide a son point de départ dans la moelle. Cette digression lui donne occasion de citer quelques faits intéressans.

On a remarqué que la complexité (*complexity*) du nerf grand sympathique est proportionnée, dans les différens ordres d'animaux, au développement de la moelle épinière (1); de là, l'opinion que les ganglions du grand sympathique, ayant leurs racines dans la moelle épinière, en reçoivent toutes les influences qu'ils exercent sur les divers organes auxquels leurs filets se ramifient. Les ganglions lombaires communiquent largement avec les nerfs spinaux; de ces ganglions partent des nerfs qui se rendent au plexus rénal. Cette disposition anatomique peut servir à expliquer l'influence de la moelle épinière sur les fonctions des reins.

D'après les expériences de M. Krimer, les lésions artificielles des diverses portions de la moelle déterminent des changemens remarquables dans les propriétés de l'urine (2). D'après M. Bellingeri, chez le mouton, l'inflammation de la moelle et de ses membranes est suivie fréquemment de l'inflammation du péritoine et des reins, et d'une altération de l'urine qui ressemble à du sérum coagulé (3).

Le docteur Prout (4) cite une ancienne croyance, que les lésions du dos produisent une urine alcalescente. D'après sa propre expérience, dans un très-grand nombre de cas la déposition des phosphates terreux de l'urine peut être rapportée à quelque violence exercée sur la colonne vertébrale, comme il arrive dans une chute de cheval où cette partie a été contuse ou commotionnée.

On sait que les lésions graves du rachis, comme les fractures et les luxations, donnent lieu à l'inflammation de la membrane muqueuse de la vessie, qui est irritée par le contact d'une urine fortement ammoniacale. Un cas de

---

(1) M. Weber, *Anatomia comparata nervi sympathetici*. Leipsiæ, 1817.

(2) Ollivier, *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*.

(3) *Ibid.*

(4) *On diseases of the urinary organs*.

cette espèce s'est présenté à l'hôpital St-Barthélemy, dans l'automne de 1831. Il y avait fracture avec déplacement de la cinquième et de la sixième vertèbre dorsale, division complète de la moelle en ce point, et paralysie de la moitié inférieure du corps. Depuis le jour de l'accident, le cathétérisme fut pratiqué soir et matin. Le cinquième jour, l'urine devint très-abondante, fortement ammoniacale, très-épaisse, et si foncée qu'on pensa qu'elle contenait du sang. L'urine conserva ces propriétés jusqu'à la mort du malade qui eut lieu le vingt-sixième jour. On trouva la vessie presque entièrement privée de sa tunique muqueuse, dont quelques lambeaux seulement avaient échappé à l'ulcération. Ce cas est en outre remarquable en ce qu'on y voit la vie persister pendant près d'un mois après la division complète de la moelle épinière dans sa portion dorsale.

Un autre cas analogue a été recueilli plus tard dans le même hôpital. Il y avait fracture et luxation du rachis, intéressant la huitième et la neuvième vertèbres dorsales, et paraplégie. Le quatrième jour, l'urine prit l'odeur fortement ammoniacale et la couleur brun-rougeâtre qu'elle avait présentées dans le cas précédent. L'analyse chimique y démontra la présence du sang et d'une grande proportion d'ammoniaque. La vessie ayant perdu toute faculté expulsive, on introduisit fréquemment le cathéter pour éviter l'accumulation de l'urine. L'abdomen devint tympanique et douloureux le septième jour, et le dixième le malade mourut. — La moelle, au niveau des vertèbres lésées, et dans l'étendue d'un pouce, avait complètement perdu dans toute son épaisseur sa couleur et sa consistance normales, elle était extrêmement ramollie et semée de taches de sang. Les reins étaient très-injectés, mais n'offraient pas d'autre altération. La vessie était dilatée; sa surface extérieure offrait une couleur d'un rouge-noir due à l'injection de ses vaisseaux. Presque toute la tunique muqueuse était sphacélée. La petite portion de cette mem-

brane qui avait conservé sa vitalité, était plus épaisse et plus vasculaire qu'à l'ordinaire, mais sa surface ne présentait aucune érosion. Le grand épiploon était étendu sur tous les viscères de l'abdomen ; sa surface était recouverte par une couche de lymphe coagulable qui semblait être le résultat d'une inflammation récente du péritoine.

On peut se demander d'où provenait le sang qui colorait l'urine dans les deux cas précédens. Dans le premier, l'érosion étendue de la tunique muqueuse de la vessie pourrait faire croire qu'il venait de cette source ; mais dans le second, la même explication n'est plus permise. Il paraît plus probable, qu'à raison du désordre d'innervation sous l'influence duquel se trouvaient les reins, le sang avait passé sans modification des artères et des veines dans les tubes urifères. Suivant le docteur Prout (1), lorsque le sang vient des reins, il est également mêlé à toute la masse de l'urine; c'est une espèce de solution; lorsqu'au contraire il vient de la vessie, il sort ordinairement vers la fin de l'évacuation de l'urine qui s'était présentée d'abord presque pure. Si l'on s'en rapporte à cette remarque, le sang dans les deux cas précédens provenait des reins.

On a pensé assez généralement que dans les cas de lésion du rachis, l'urine se décompose rapidement dans la vessie, parce que cet organe a perdu sa puissance d'innervation ; mais d'après les observations récentes de M. Smith (2), il paraît que ce liquide arrive dans son réservoir avec cet excès d'ammoniaque qui est dû au désordre fonctionnel des reins causé par l'altération de la moelle épinière.

Le docteur Stanley se demande ici si l'on peut admettre que *l'irritation* ayant son point de départ dans les reins ou la vessie, s'est propagée par l'intermédiaire des nerfs sensitifs à la moelle épinière, et delà aux membres par le

---

(1) *Diseases of the urinary organs*, page 296.
(2) *Medical Gazette*, fév. 1832.

canal des nerfs spinaux moteurs et sensitifs, déterminant dans ces membres un désordre du sentiment et de la motilité. La citation suivante lui semble permettre une réponse affirmative : « Si, quelques secondes après la mort, on divise la moelle vers le milieu du cou et vers le milieu du dos, si ensuite on stimule un organe interne lié à la portion de moelle ainsi isolée, on détermine une action musculaire, en d'autres termes, en stimulant un organe non soumis à l'influence de la volonté, l'irritation se propage par les nerfs sensitifs à la portion de moelle isolée, et delà aux muscles par l'intermédiaire des nerfs de la volonté (1). »

Ainsi dans les cas cités par le docteur Stanley, *l'irritation* débutant dans les nerfs d'un organe interne, le rein ou la vessie, a été transmise par l'intermédiaire de la moelle aux nerfs moteurs et sensitifs des membres. C'est l'inverse de ce qui arrive dans les cas de fractures compliquées ou autres lésions graves des extrémités inférieures, accompagnées de rétention d'urine; ici l'influence morbide se propage par les nerfs crural antérieur et sciatique, aux plexus lombaire et sacré formés par les nerf spinaux, et delà aux nerfs de la vessie.

Le docteur Stanley a eu pour but, dans ce mémoire, de mettre en évidence les rapports réciproques qui lient entre eux les reins et la moelle épinière, sous le point de vue pathologique, rapports qu'il est de la plus haute importance de bien connaître pour établir le diagnostic précis des affections qui ont pour symptôme dominant la paralysie des membres inférieurs, et pour se fixer sur le choix des moyens thérapeutiques qui seront évidemment très-différens, suivant qu'on aura à combattre une affection des reins ou une maladie de la colonne vertébrale.

---

(1) *Outlines of human physiology, by Herbert Mayo*, 3.ᵉ édit., p. 231.

***Remarques sur le prolapsus de l'utérus et de la vessie durant l'état puerpéral; par* ROBERTON, *chirurgien de l'hôpital des femmes en couches, à Manchester* (1).**

Il semble qu'après les travaux du siècle dernier on ne puisse attendre de nos contemporains que des recherches stériles sur les déplacemens de la matrice. Mais, dans une science où l'on se propose chaque jour d'approcher de la perfection, il se trouve toujours des observations nouvelles à faire, soit pour donner plus de valeur à des préceptes déjà connus, soit pour en établir de nouveaux. C'est sous l'influence de cette pensée que j'ai entrepris de vérifier et de suivre les faits qui se sont présentés à mon observation; à l'aide des documens que ma position a pu me fournir, j'ai essayé de jeter de nouvelles lumières sur la question si souvent traitée de la descente de la matrice.

Les déplacemens des organes contenus dans le bassin arrivent plus fréquemment dans les premiers mois, ou mieux dans les premières semaines de l'accouchement, que dans les autres époques de la vie. Dans la cité si populeuse et si industrieuse de Manchester, les femmes de la classe malheureuse sortent de leur lit et se livrent à leurs travaux domestiques, les unes au quatrième jour des couches, les autres à la fin de la semaine de leur accouchement. A la suite d'une conduite semblable, beaucoup d'entre elles viennent à l'hôpital pour se faire traiter du prolapsus de la matrice. Dans une classe plus élevée, on rencontre cette maladie parmi les femmes qui s'obstinent à ne pas rester le temps nécessaire dans le lit après l'accouchement, ou qui ont eu le malheur d'avoir supporté un travail long et pénible. Les 25 femmes dont j'ai relevé l'histoire furent toutes affectées de cette infirmité, à la suite de causes semblables et au milieu des mêmes conditions.

(1) *Edinburg Medical and Chirurgical Journal*; avril 1834.

Sous ce rapport, on peut avancer que le prolapsus de la matrice n'est pas une maladie du milieu de la vie ou de la vieillesse. Il est vrai qu'arrivé à son dernier degré il se rencontre généralement chez les femmes qui ont passé 35 et 40 ans; mais avant de parvenir à cet état, le prolapsus s'était montré dès l'époque du premier accouchement, surtout dans les cas où le volume de l'enfant a rendu le travail long et pénible.

La fréquence du prolapsus, dans l'état puerpéral, a été différemment expliquée par les auteurs. Suivant les uns, elle doit être attribuée au poids que l'utérus conserve encore, et au relachement des ligamens et des replis du péritoine qui fixent l'utérus et la vessie. Suivant les autres, on doit réunir à ces causes le relachement du vagin et de l'aponévrose pelvienne. Pour bien apprécier les dispositions que l'accouchement apporte au développement du prolapsus, il est nécessaire de résumer tous les changemens qui surviennent dans les parties pendant le travail. Les moyens que la nature a mis en usage pour soutenir l'utérus et la vessie dans leur position sont nombreux. Le péritoine se déploie sur ces organes et le rectum, les lie étroitement entre eux, et en passant d'un organe à un autre, il se réfléchit sur toutes leurs parties, et par ses attaches au bassin il les fixe solidement à cette cavité et aux parois du bas-ventre. Le bassin, par son inclinaison, contribue dans la station à supporter, jusqu'à un certain point, la matrice et la vessie. Mais il est probable que le principal soutien de ces organes réside dans la texture du vagin lui même et plus particulièrement dans les attaches de ce canal, lorsqu'en fermant la sortie du bassin, il se fortifie de l'élévateur de l'anus, de l'aponévrose pelvienne, ainsi que de son muscle sphincter et du plexus des vaisseaux qui rampent sur tout le contour de son orifice extérieur. En disséquant les parties renfermées dans le bassin, nous pouvons avec facilité séparer de ses attaches la portion du vagin qui est dans l'exca-

vation; mais, en arrivant à son passage sous l'arcade des pubis, là où il s'unit avec l'urètre et le rectum, on est étonné de la force des connexions des parties. J'ai fait avec mon ami Boutflower, pour m'éclairer sur ce point, l'expérience suivante : nous avons eu pour sujet le cadavre d'une forte femme, qui venait de mourir après quelques jours de maladie. Je commençai par couper les ligamens larges, et je continuai mon incision dans le but de séparer l'utérus et la vessie de ses attaches au bassin. Je tentai de pousser le col utérin à travers l'orifice externe du vagin, en pressant fortement le fond de la matrice dans la direction de l'axe du détroit périnéal; mais je ne pus réussir à le faire descendre aussi bas. En examinant la cause de la résistance, nous la trouvâmes là où le vagin s'échappe du bassin, comme nous l'avions prévu. Le vagin et le plancher du bassin éprouvent des changemens considérables dans l'état puerpéral. Le péritoine qui recouvre l'utérus et l'attache par ses replis aux parties environnantes, après l'extension qu'il a eue pendant la grossesse, a perdu sa densité et sa solidité, et se trouve peu propre à soutenir le poids des organes. En disséquant le corps des femmes qui sont mortes peu de temps après leur délivrance, j'ai trouvé que le péritoine était lâche et quelquefois comme plissé, à l'endroit où il commence à se réfléchir sur la vessie. Le vagin, sur lequel s'appuie la vessie déjà soutenue par le péritoine, est flasque et relaché. Nous pouvons dire la même chose des muscles et de l'aponévrose pelvienne qui entourent le vagin. Si on tient compte du poids de l'utérus; si on ajoute qu'une inflammation de la muqueuse du vagin, accompagnée d'un écoulement leucorrhéique, vient quelquefois augmenter la faiblesse de ce canal, on se rendra raison du prolapsus de la matrice et de la vessie, chez une femme qui s'est relevée de ses couches à une époque trop rapprochée de l'accouchement. Ces circonstances nous conduisent à conclure que la vessie, modérément distendue,

peut, faute d'un appui convenable, pousser en bas, par son propre poids, la matrice, et devenir la cause principale du prolapsus de cet organe. C'est une vérité que l'expérience confirme chaque jour.

Les trois observations que nous allons rapporter sont des exemples d'une légère procidence de la matrice survenue à la suite du travail d'un premier accouchement. Si elles ne sont pas détaillées, c'est que j'ai voulu signaler seulement la tendance que les organes contenus dans le bassin ont à se déplacer dans l'état puerpéral, surtout après un premier accouchement.

Ire Obs. — Eller Fogg, âgée de 20 ans, était accouchée depuis un mois de son premier enfant, qui, après un travail pénible, vînt mort au monde. Depuis cette époque, elle avait été faible, quoique jouissant d'une bonne santé. Dès les cinq premiers jours des couches, elle commença à éprouver de la pesanteur et à ressentir dans les parties un corps étranger qui tendait à s'échapper. Je la fis mettre sur un sopha, et à l'examen des parties, je trouvai le col utérin plus bas que dans l'état naturel et le vagin dans un état de mollesse et de relâchement. Tout près de l'orifice externe, sous l'arcade des pubis, les doigts découvrirent une large tumeur facile à comprimer et à surface lisse. Elle me parut être le fond de la vessie engagée sur la paroi du vagin relâché. La suite de l'observation n'a pas été recueillie.

IIe Obs. — Martha Sullivan, âgée de 25 ans, était accouchée, depuis six mois, de son premier enfant. Elle se releva de ses couches le troisième jour et se livra à ses occupations domestiques. Mais au bout de quinze jours après l'accouchement, elle ressentit dans les parties quelque chose d'étranger qui tendait à descendre. En examinant à travers le vagin, je découvris un léger prolapsus de l'utérus. (Le toucher fut fait le matin, et à cette époque de la journée le prolapsus est moins marqué que le soir). J'observai une grande mollesse dans le vagin, et je constatai la

descente de la vessie. Cet organe formait, tout près de l'orifice extérieur et sur la paroi du vagin, une tumeur qu'on pouvait aisément déprimer. La malade disait qu'elle éprouvait un sentiment de plénitude dans les parties, lorsque l'urine était depuis long-temps retenue dans la vessie. Elle entra à l'hôpital le 1er février, et le 25 avril elle déclara que sa santé s'était bien améliorée. Durant ce temps de séjour elle avait été soumise à des lotions de nitrate d'argent. (Un scrupule de ce sel dans 8 onces d'eau.)

IIme Obs. — Anne Mercer, âgée de 21 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, était accouchée de son premier enfant depuis un mois et trois jours. Elle était venue à l'hôpital, se plaignant de pesanteur dans les parties naturelles. Elle avait beaucoup souffert, pendant sa grossesse, de démangeaisons et d'inflammation de la vulve, accidens pour lesquels elle avait reçu des soins à l'hôpital. A l'exploration vaginale, je trouvai le col utérin plus bas que dans l'état normal; mais la cause de la pesanteur que ressentait la femme, était la descente de la vessie, que l'on rencontrait sous la forme d'une large tumeur dans le vagin et près de l'arcade des pubis et de l'orifice externe du vagin. Comme cette femme était obligée de travailler et ne pouvait pas garder le repos, je conseillai l'usage du pessaire de Duffin, et je recommandai de l'enlever la nuit, de le laver matin et soir et de faire des lotions de nitrate d'argent. Le pessaire ne put pas être supporté dans le vagin. La tumeur était plus large. C'est alors que je donnai à la malade l'avis d'aller dans son pays. Après y avoir passé deux mois, sa santé devint meilleure. Elle obtint du soulagement, sous le rapport de la descente de la vessie.

Dans les exemples que nous venons de citer, les malades étaient privées de toutes les ressources de la fortune. Elles ne pouvaient suivre constamment et avec régularité un traitement convenable, parceque leur travail était nécessaire à leur existence. Aussi n'ont-elles éprouvé que de

l'amélioration. Cette maladie est curable si elle est traitée dès le début, ou dans la période puerpérale qui suit immédiatement celle où le prolapsus s'est montré. Mais si la maladie est négligée, chaque accouchement enlève des chances de succès. Dans les cas où la guérison a été obtenue, nous avons obligé la patiente, dans les accouchemens suivans, à se soumettre à certaines précautions. Le repos absolu dans le lit, et le coucher sur le dos, sont les moyens de guérison sur lesquels on doit fonder toutes ses espérances. Tous les remèdes qu'on pourra donner ne devront servir qu'à fortifier la santé. Les lotions astringentes, les pessaires de diverses formes restent le plus souvent sans effet. Leur application même peut être dangereuse. Les lotions doivent être faites seulement avec de l'eau tiède. Les femmes qui sont exposées à cette espèce de déplacement ne doivent pas allaiter au-delà de cinq ou six mois, car la lactation prolongée tend à faire naître des conditions favorables à la descente. Dans les observations suivantes, ces différens préceptes ont été mis en pratique et ont obtenu tous les succès que la théorie avait fait prévoir.

IVe Obs. — Mme L***, âgée de 28 ans, d'une constitution forte et robuste, venait d'accoucher de son second enfant. La garde m'apprit que cette dame, depuis deux ans, époque de son premier accouchement, avait été affligée de pesanteur et de tiraillement dans les parties, qui, à diverses reprises, ne lui avaient point permis de se promener, même dans le temps où elle jouissait d'une bonne santé. Il paraît qu'après le premier accouchement elle s'obstina, contre l'avis du chirurgien, à sortir de son lit le troisième jour des couches, et elle se conduisit, sous tous les rapports, comme une femme sans expérience. Cette dame m'apprit elle-même que les souffrances qu'elle avait endurées à la suite de son imprudence ne s'étaient dissipées que par le développement de la grossesse. Elle écouta ai-

sément mes conseils. Je lui prescrivis de rester couchée sur le dos aussi long-temps qu'elle éprouverait la sensation d'une pesanteur dans les parties, et je lui rappelai qu'elle se trouvait dans les conditions les plus favorables pour sa parfaite guérison, et que, si elle sortait de sa chambre, le mal continuerait de rendre sa vie misérable et deviendrait au-dessus des ressources de l'art. Pendant quinze jours, la patiente resta dans son lit, légèrement couverte. Au bout de ce temps, elle se coucha pendant le jour sur un sopha, qu'on avait le soin d'approcher du lit matin et soir. Après cinq semaines de repos, elle commença à avoir plus de liberté, et plus tard elle fut rendue entièrement à ses occupations. Quelques mois après, je m'assurai que cette dame n'avait éprouvé aucun retour de sa maladie.

Obs. Ve — Mme W***, âgée de 20 ans, avait eu un premier accouchement fort laborieux. La tête de l'enfant, retenue pendant dix heures dans l'excavation pelvienne, fut extraite au moyen du forceps. L'enfant, quoique faible, vint au monde vivant. La vessie fut fortement irritée, et le cathéter fut mis en usage pour l'évacuation de l'urine. La vulve et le vagin furent également enflammés; et pendant la première semaine, cet état fut accompagné de fièvre. Douze jours après, en se mettant sur son séant elle ressentit, dans les parties naturelles, de la pesanteur et des tiraillemens qui ne lui permettaient point de se tenir levée. Au toucher, je rencontrai de la tension et de la mollesse dans le vagin. L'utérus reposait sur le périnée. Je fis sentir à la dame la nécessité de garder le repos et de se tenir sur un matelas, couchée sur le dos, légèrement couverte. Des lotions furent faites avec de l'eau tiède. Le travail avait eu lieu le 25 juillet. Le 14 août, elle fut prise tout-à-coup de fièvre et affectée d'une ulcération à la gorge, accidens qui l'obligèrent à garder le lit pendant quinze jours. En se relevant de cette maladie et en sortant de son lit, elle ne ressentit plus aucun symptôme du prolapsus de la matrice.

Le 12 septembre, sa santé était revenue, elle ne se plaignait que de sa faiblesse.

OBS. VIe — Mme H***, âgée environ de 30 ans, accoucha de son premier enfant, après un travail de vingt heures. La tête du fœtus, retenue pendant huit heures au passage, malgré les contractions utérines, fut extraite au moyen du forceps. Vers la fin de la semaine, la malade commença à se lever. Mais bientôt elle ressentit de la pesanteur dans les parties naturelles. Cet état était pour elle fatigant et pénible, lorsqu'elle n'était pas couchée sur le dos. J'appris de la garde qu'elle avait de la difficulté à uriner et qu'elle n'y parvenait qu'après beaucoup d'efforts. Je pratiquai l'exploration et je reconnus que le col utérin, placé tout près de l'orifice externe du vagin, exerçait une pression sur le col de la vessie et s'opposait à l'écoulement de l'urine. J'engageai la dame à relever avec les doigts la matrice, quand elle voudrait uriner. Elle y réussit en partie; mais en plusieurs occasions, je fus obligé de faire cette opération pour elle et de pratiquer même le cathétérisme. Il y avait tension et mollesse dans le vagin. Quinze jours après, la malade fut saisie d'une affection douloureuse à la tête, qui la retint au lit pendant six semaines : long-temps avant l'expiration de ce temps, la pesanteur que la malade avait ressentie dans les parties naturelles, avait cessé. Il n'y avait plus également de difficulté pour uriner. Depuis son rétablissement, elle a fait de longues courses, et la maladie n'a point reparu.

L'observation suivante diffère de celles que nous venons de rapporter; car elle est un exemple de ce déplacement qui constitue la hernie de la vessie.

OBS. VIIe — Mme K***, âgée de 23 ans, douée en apparence d'une bonne santé, était au deuxième mois de sa seconde grossesse. Elle me rapporta que, depuis quatre mois, elle avait découvert dans la lèvre droite une tumeur molle, de la grosseur d'un petit œuf. Elle nourrissait alors son

enfant qui avait dix mois. Elle me dit que la tumeur apparaissait le matin, à son lever, disparaissait aussitôt qu'elle était couchée, et que son volume diminuait dès qu'elle avait uriné. A l'exploration, je découvris une tumeur molle et élastique, occupant le centre de la lèvre droite. La pression la faisait presque disparaître et au même instant provoquait l'envie d'uriner. J'ai pu suivre aisément, derrière la paroi du vagin, la ligne de descente de la vessie; car cette tumeur était évidemment produite par cet organe. Il n'y avait aucun symptôme urgent; la malade n'éprouvait qu'une envie plus fréquente d'uriner, accompagnée de pesanteur vers les reins. Sous d'autres rapports, la santé était bonne et la patiente pouvait faire de longues courses sans fatigue. Après avoir réduit la tumeur, j'appliquai un pessaire qui apporta, pendant un certain temps, du soulagement; mais la vessie s'engagea au-delà du pessaire, des accidens survinrent et ne permirent plus l'usage de cet instrument. J'employai alors une éponge taillée, dans le but d'empêcher la vessie de descendre dans la lèvre. J'y parvins, car la tumeur n'était plus sentie dans le même lieu, elle était située plus haut sur le vagin. Depuis cette époque, Mme K*** est accouchée de deux enfans. La hernie disparut, soit par l'emploi continuel de l'éponge, soit par le développement de la grossesse. L'exploration que j'ai faite avec soin, dans le travail de l'accouchement, ne me fit rien découvrir d'extraordinaire dans le vagin. Depuis deux ans, rien n'a reparu, et cette femme est entièrement affranchie de ce déplacement de la vessie.

La dernière observation que je vais donner est un exemple de simple prolapsus de la vessie.

Dans la soirée du 25 novembre 1833, je fus appelé en consultation, par un de mes confrères, pour un accouchement pénible; je rencontrai une large tumeur située immédiatement derrière l'arcade des pubis. A la compression que j'exerçai sur elle, je vis jaillir de l'urine du méat uri-

naire. Plus loin on sentait un sillon profond et la lèvre du col utérin dilaté. Le cathéter fut introduit, et après l'évacuation de l'urine, la tumeur disparut tout-à-fait. Il est inutile de détailler la marche et la terminaison du travail; il suffit seulement de dire que nous rencontrâmes sur les côtés de la tête une anse du cordon ombilical flétri et sans pulsation, et que la délivrance fut opérée, non sans peine, au moyen du perforateur et du forceps crâniotôme. A la suite d'un travail, dont toutes les difficultés tenaient à un vice de conformation du bassin, la femme fut obligée de garder le lit au-delà d'un mois. A la fin du second mois, elle commença, quoique faible, à se livrer à ses occupations ordinaires. A cette époque, j'explorai avec soin le vagin, pour m'assurer de la situation de la vessie. Il n'offrait rien d'extraordinaire qui pût nous indiquer que la vessie était plus abaissée que dans l'état normal. Aujourd'hui, 20 février, la patiente n'éprouve aucun symptôme du prolapsus de la vessie. Elle jouit d'une bonne santé et ne se plaint que de la faiblesse.

Sur l'hydrocèle chez la femme; par GEORGES REGNOLI, *professeur de clinique médicale à l'Université de Pise* (1).

C'est aux médecins italiens de nos jours qu'on doit d'avoir particulièrement appelé l'attention des praticiens sur l'hydrocèle chez la femme. Bertrandi, Monteggia, Scarpa, Palletta et Sacchi ont fait des travaux intéressans sur cette maladie, mais ils n'ont pas été parfaitement d'accord sur son siège précis et sur les parties où elle se développe primitivement.

Le mémoire de M. Regnoli, quoique fait suivant les idées

(1) *Intorno l'idrocele delle donne*. Pise, 1832; in-8.°, 31 p., fig. — Extrait par M. FORNARI, D. M.

et les observations de ces chirurgiens, offre néanmoins une nouvelle et intéressante division des variétés de cette rare maladie, une description plus claire et plus précise de ses symptômes, et des idées plus justes sur son siège et son diagnostic.

Après avoir exposé quelques considérations anatomiques sur le ligament rond de la matrice, sur l'anneau inguinal et sur les kystes séreux, l'auteur s'exprime de la manière suivante :

L'hydrocèle du ligament rond est une maladie rare; nous trouvons dans les ouvrages d'Actius une observation tirée des écrits de la sage-femme Aspasie, dans laquelle on trouve décrits les symptômes de cette hydrocèle, et les signes propres à la faire distinguer des autres maladies des parties génitales de la femme. Paré, long-temps après, a parlé d'une accumulation séreuse observée par lui chez une petite fille âgée de sept ans environ, pour laquelle, ayant envain tenté l'usage des résolutifs, il s'est décidé à faire sortir le liquide et extirper le kyste.

Desault, dans son *Journal de chirurgie*, rapporte qu'il a observé chez une petite fille âgée de douze ans une ancienne tumeur molle, transparente, de la grosseur d'un œuf de poule, placée sur le ligament rond, et que, cette tumeur aqueuse ayant été ouverte, il en est sorti deux ou ou trois onces de sérosité limpide. Dans le tome troisième des *Mémoires de la Société d'Emulation de Paris*, le professeur Lallement rapporte qu'une femme portait deux hernies inguinales qui descendaient jusqu'aux grandes lèvres, molles, complètement réductibles, et qui reparaissaient quand on cessait la compression. Mais du côté gauche les parties restaient contenues mieux que du côté droit, d'où elles sortaient comme un fluide. Ce signe et la fluctuation firent juger à M. Lallement que la tumeur gauche était une hydatide. La malade étant morte quelques temps après à la suite d'une affection scorbutique, M. Lal-

lement trouva dans le côté droit un sac qui contenait une anse de l'intestin iléum, et dans le gauche un kyste divisé en deux parties, une externe, l'autre interne, séparées par un rétrécissement. Le fond de la portion interne s'élevait au-delà du niveau du détroit supérieur du petit bassin. Les parois du kyste étaient minces au-dedans et considérablement denses au-dehors, d'où venait l'opacité de la tumeur et l'obscurité du diagnostic.

On ne savait rien de plus que ce qui précède sur l'hydrocèle du ligament rond, quand MM. Palletta et Scarpa s'occupèrent de cette maladie. Le premier dans un mémoire intéressant inséré dans les *Actes de l'Institut italien*, tome I.er, p. 101, rapporte qu'il a en observé deux cas, et il s'exprime ainsi : « Dans les fœtus de sexe féminin, quelle que soit l'époque à laquelle on les observe, on trouve que le prolongement du péritoine est constamment en dehors de l'anneau abdominal, contrairement à ce qui arrive dans le fœtus mâle ; et que le cordon vasculaire, ou rond, après être passé en arrière de ce prolongement, se répand dans le tissu cellulaire du pubis. Ce prolongement se maintient creux et ouvert du côté du bas-ventre dans les fœtus du sexe féminin, sans rien contenir, et sans jamais recevoir aucun organe important. » Mais nous dirons que si l'ouverture abdominale du canal de Nuck était assez ample pour permettre d'introduire l'extrémité d'un doigt, elle pourrait permettre la sortie d'un viscère, et former une hernie que l'on pourrait nommer congénitale, semblable, sous beaucoup de rapports, à la hernie congénitale chez les enfans du sexe mâle, surtout à cette variété décrite par M. Dupuytren, dans laquelle le testicule reste dans l'anneau ou dans le canal inguinal, pendant que la tunique vaginale est poussée en bas par une anse d'intestin, seule ou unie à une certaine quantité de sérosité.

« L'orifice qui se trouve du côté de la cavité du bas-

ventre se ferme peu-à-peu, après que le fœtus a vu la lumière; mais quand cet orifice se ferme, toute la cavité s'oblitère également, et devient semblable à un ligament. »

Nous ne devons pas croire que tout le canal de Nuck se réduise à un ligament, comme le pense Palletta; mais nous avons dit ailleurs que l'orifice qui regarde la cavité de l'abdomen peut s'oblitérer sans que la portion du prolongement péritonéal qui se trouve le long du ligament rond se ferme; dans quelques cas il n'existe ni canal de Nuck, ni filament blanchâtre, parce que le péritoine ne fait que passer sur l'ouverture du canal inguinal.

« Il est possible que, dans la cavité de ce prolongement, il descende de l'abdomen une humeur aqueuse, comme dans les enfans mâles, avant que cette cavité s'oblitère; mais il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait jamais présenté chez les petites filles un caractère ou espèce de cette maladie qu'on appelle hydrocèle dans le sexe masculin. »

En faisant abstraction de l'absence du testicule, je ne saurais trouver d'autre différence entre l'hydrocèle congéniale chez l'enfant mâle, et la tumeur aqueuse renfermée dans le petit canal de Nuck qui communique toujours avec la cavité abdominale. En effet, la tumeur, dans l'un et l'autre cas, a les mêmes rapports avec l'artère épigastrique; la sérosité est contenue dans un appendice du péritoine qui communique toujours avec le grand sac séreux: les tumeurs peuvent avoir la même forme, les mêmes symptômes; elles sont également recouvertes par le tégument commun, par le tissu cellulaire, et par le *fascia superficialis*. L'analogie est encore plus grande, quand on considère qu'il y a, comme l'a observé M. Dupuytren, des hydrocèles congénitales avec le testicule dans le bas-ventre. La différence qui existe entre l'une et l'autre, c'est que l'hydrocèle du ligament rond a une enveloppe fournie par le *fascia transversalis*, tandis que l'hydrocèle du mâle ne l'a pas; cette dernière manque aussi de crémaster, le

testicule n'ayant pas parcouru le canal inguinal, et le cordon spermatique n'étant pas encore dans le canal.

« Il m'est arrivé d'observer l'hydrocèle chez deux femmes adultes, dans lesquelles elle occupait précisément l'endroit de l'aine où s'étale le ligament rond. En 1794, j'ai été appelé à visiter une folle, laquelle avait une grosseur à l'aine gauche, et quoique il n'y eût pas de signes qui indiquassent le déplacement de l'intestin, on avait cru qu'elle avait une hernie. La tumeur était de figure ovale, presque sans douleur, distendue comme une vessie posée obliquement sur l'aine gauche, et venait se terminer sur la lèvre correspondante. On m'avait raconté que quelques mois avant on avait observé une tumeur de la grosseur d'une petite noisette; que cette tumeur avait disparu par la pression, et que pour cette raison on avait cru avoir à faire à une hernie. »

Ces dernières circonstances font croire que cette tumeur était très-probablement une hydrocèle du prolongement du péritoine, hydrocèle qui conservait toujours, quoique la femme fût adulte, une communication avec la cavité péritonéale. Nous verrons que, même chez la femme, on peut observer de véritables hydrocèles enkystées, semblables à celles du cordon spermatique.

« Après avoir obtenu ces renseignemens, qui ne m'éclairaient pas entièrement sur la nature de cette tumeur, j'ai coupé les tégumens comme on fait pour la hernie, et il s'est écoulé aussitôt une grande quantité d'eau jaunâtre; il ne restait pas autre chose qu'un sac vide un peu rugueux. Avec le doigt il m'a été facile de trouver l'orifice du sac à travers l'anneau abdominal, qui était dilaté de manière que si j'avais poussé le doigt il serait passé dans la cavité du bas-ventre. J'ai rempli le sac de charpie que j'ai maintenue à l'aide d'un bandage, et la suppuration s'étant établie, la guérison de la plaie ne s'est pas fait attendre, la maladie n'a pas reparu. »

Je ne voudrais pas suivre ce conseil, précisément par la considération que dans les cas d'accumulation séreuse dans le petit canal de Nuck, toujours ouvert, et communiquant avec l'abdomen, en faisant une incision sur la tumeur et en ouvrant le canal, on fait une blessure pénétrante dans la cavité de l'abdomen, et que l'opération exécutée par Palletta, dans le traitement de l'hydrocèle dont il s'agit, est semblable à celle qu'on pratique pour guérir radicalement la hernie scrotale libre; or, cette opération, qui peut produire une péritonite, n'empêche pas toujours de reparaître. Pour établir la justesse de ma réflexion, il suffit de dire que l'hydrocèle n'est pas accompagnée de danger, et qu'au contraire l'opération peut compromettre la vie. Dans de semblables congestions séreuses, il est plus convenable de traiter la femme de la même manière que pour l'hydrocèle congénitale de l'homme, c'est-à-dire, en poussant le contenu de la tumeur dans l'abdomen pour le faire absorber par les lymphatiques, en appliquant ensuite aux aines un bandage pour empêcher le liquide de descendre de nouveau, et pour oblitérer le prolongement du péritoine en excitant une inflammation adhésive qui quelquefois se développe à la suite de la pression du bandage.

« L'autre hydrocèle que j'ai observée avait presque le volume d'un poing ; elle avait son siège sur la lèvre gauche de la vulve, chez une femme âgée de 45 ans. Cette tumeur a augmenté lentement à la suite d'une fièvre aiguë. Les signes existans ne suffisaient pas pour éclairer le chirurgien. Si cette tumeur était véritablement une hydrocèle ou un stéatome, c'est ce qu'on ne pouvait décider, attendu l'épaisseur du kyste. Néanmoins après avoir percuté la tumeur, je me suis déterminé à l'ouvrir dans la direction de sa longueur, et il est sorti beaucoup de sérosité : il est resté une cavité formée par une membrane dense. Pour empêcher une nouvelle accumulation de sérosité, j'ai séparé

complètement cette membrane, je l'ai coupée vers l'anneau inguinal. Il y avait dans cet endroit un tubercule dur et résistant qui fut en partie compris dans la section, et dont l'excision causa beaucoup de douleur. Je vis bientôt que c'était l'extrémité du cordon vasculaire qui avait été coupée; car d'un côté elle laissait libre l'ouverture de l'anneau abdominal, où l'on pouvait introduire l'extrémité du doigt. Du reste, il n'est survenu aucune hémorrhagie, mais les jours suivans la femme fut souvent tourmentée de vomissemens. Un engorgement douloureux se manifesta à l'aine, et à l'extrémité coupée du cordon rond il se forma un gonflement en manière de nœud. Mais tous ces symptômes disparurent quand la suppuration s'établit; cette suppuration fut longue : cependant la guérison a été parfaite. »

Cette deuxième observation de Palletta fait voir que le cas était différent du précédent, puisqu'il n'y avait aucun symptôme de hernie. On voit que le prolongement péritonéal était oblitéré dans son orifice abdominal, et que probablement l'eau était contenue dans ce sac devenu sans ouverture, ou dans un kyste du tissu cellulaire qui entoure le ligament rond. La conduite de l'auteur est très-bonne et devrait être suivie dans des cas semblables.

Scarpa, dans son Mémoire sur l'hydrocèle du cordon spermatique (*Opuscoli di chirurg.*, vol. I.er), démontre, 1.° que la sérosité peut se trouver répandue, comme pour l'œdème, dans le tissu cellulaire qui s'étend de la face externe du grand sac du péritoine jusqu'à l'insertion du testicule, et cet œdème transforme en vésicules tout le tissu cellulaire indiqué, ce qui augmente le volume du cordon vasculaire. 2.° Que dans quelques cas la sérosité peut s'arrêter dans un petit nombre de cellules du tissu cellulaire environnant, et être renfermée plus fortement par une capsule membraneuse, dense et compacte, semblable à celle des tumeurs enkystées. C'est à propos de cette dernière accumulation que ce chirurgien s'exprime de cette manière pour ce qui regarde les hydrocèles en-

kystées du cordon spermatique : « Il faut d'abord observer que cette tumeur aqueuse n'a pas son origine seulement dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, mais aussi chez les femmes dans cette enveloppe celluleuse qui environne le ligament rond de l'utérus, et l'accompagne au dehors de l'anneau abdominal dans l'aine et dans les parties génitales externes, ou bien naît dans la même enveloppe celluleuse qui autrefois, quoique mal à propos, était appelée le petit canal de Nuck. »

Il est clair que Scarpa a connu parfaitement l'hydrocèle des femmes ; mais si l'on réfléchit à tout ce que nous avons dit, il me semble qu'il n'en admet qu'une seule forme, c'est-à-dire, celle qui ne communique pas avec l'abdomen, et qui est contenue dans le petit canal de Nuck transformé en tissu cellulaire. Quoique cette variété soit la plus commune, néanmoins l'opinion de Scarpa est réfutée par la première observation de Palletta. Il est singulier de voir ces deux médecins parler d'une seule variété d'hydrocèle l'une opposée à l'autre. Une observation rapportée à la page 152 des Mémoires cités, met hors de doute la justesse de la manière de voir du professeur de Pavie. Il s'agit d'une hydrocèle qui s'est présentée à M. Cairoli, chez une villageoise âgée de 34 ans. La tumeur datait de quinze ans, et avait augmenté lentement jusqu'à égaler la tête d'un fœtus de neuf mois, c'est-à-dire de la circonférence de 14 pouces ; elle était souple, élastique, indolente en tous les endroits, et en outre transparente à la lumière d'une chandelle. La tumeur avait la figure d'une poire munie d'un pédoncule d'un pouce de grosseur, implanté à l'extrémité de la lèvre gauche de la vulve. On en fit la rescision tout près de l'anneau inguinal, en conservant beaucoup de tégumens communs pour rapprocher les lèvres de la plaie, qui se cicatrisa en peu de temps. La sérosité contenue dans la tumeur était du poids de 43 onces. Le kyste séreux était distinct, et pouvait être facilement séparé des tégumens communs, en partant du pédoncule et descendant au-delà

de la moitié de la grosse tumeur qui couvrait la vulve, et pendait entre les cuisses. Dans le reste de son étendue, et précisément au fond de la tumeur, le kyste était adhérent aux tégumens qui étaient couverts çà et là par des veines variqueuses, et excoriés quelque peu dans la partie postérieure par l'urine qui tombait dessus.

Outre les réflexions que nous avons faites à l'occasion de l'observation de Cairoli, nous dirons que, quoique la maladie fût une accumulation de sérosité dans l'aîne, on put douter qu'elle fût renfermée réellement dans le tissu cellulaire appelé le petit canal de Nuck par Scarpa, ou dans le tissu cellulaire qui environne la patte-d'oie. Du reste, cette accumulation était tout-à-fait en dehors de l'aine, parce qu'on ne parle pas d'une dilatation du canal intestinal, ce qui aurait dû arriver probablement si la sérosité eût été renfermée dans le lieu indiqué par Scarpa.

Nous croyons, après tout ce qu'a démontré l'observation, et pour rendre plus intelligible ce qui regarde l'hydrocèle des femmes, devoir en distinguer cinq variétés : 1.° quand la sérosité est épanchée dans le tissu cellulaire qui environne les parties qui forment le ligament rond; 2.° quand elle se trouve dans le prolongement péritonéal qui communique toujours avec l'abdomen; 3.° lorsqu'elle est renfermée dans le même prolongement ou canal de Nuck, qui ne communique plus avec le grand sac du péritoine ; 4.° quand la sérosité est renfermée dans un kyste développé dans le tissu cellulaire environnant le ligament rond ou patte d'oie ; 5.° enfin quand un ancien sac herniaire s'est oblitéré à son col par la pression d'un bandage appliqué sur la région inguinale.

I.re *Variété.* — Le tissu cellulaire, comme nous avons dit ailleurs, peut se transformer en membrane séreuse, et ses cellules peuvent contenir de la sérosité. Le tissu cellulaire qui environne le ligament rond n'est pas différent de celui qui entoure le cordon spermatique. Ce tissu, tant dans l'un que dans l'autre, est, en dehors du péritoine,

extensible, lâche, comme le font voir les cas de hernies abdominales. D'après cela, il est facile de comprendre cette première variété de l'hydrocèle que nous nommerons par diffusion. Les plus anciens auteurs de chirurgie, par exemple : Leonide, Paul d'Egine, Falloppio, ensuite Wisemann, Pott, et surtout Scarpa, ont eu des idées très-exactes sur l'hydrocèle diffus, ou œdème du cordon spermatique. Si jusqu'à cette époque il n'a été fait, que je sache, aucune mention de l'hydrocèle du ligament rond, cela tient sans doute à la rareté de cette maladie, rareté plus grande que celle de l'hydrocèle du cordon spermatique (je n'ai observé qu'un seul cas de cette dernière affection et dans le commencement de ma pratique); cela tient aussi peut-être à ce que le tissu cellulaire qui environne le ligament rond est en moindre quantité, à la difficulté du diagnostic, et au défaut d'attention qu'y ont apportée les malades, qu'elle incommode très-peu. Dans la jeune femme que j'ai opérée (1), quoiqu'il ne soit pas question d'hydrocèle diffuse jointe au kyste séreux, néanmoins il existait quelque accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire; il y avait comme des vésicules ou hydatides séparées, distinctes du kyste principal dont la malade était affectée, comme nous le décrirons ci-après.

Cette maladie est symptomatique ou idiopathique, comme l'œdème du cordon spermatique. Nous nous occuperons de ce dernier cas, et nous dirons que, comme l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, l'eau se trouve dans les cellules du tissu qui environne le ligament rond, en occupant tantôt la longueur du ligament depuis le fond de l'utérus jusqu'à l'aine, et tantôt en s'étendant le long de la portion qui se trouve dans le canal inguinal. Cette

(1) Dans les considérations anatomico-pathologiques qui précédent son Mémoire, l'auteur donne quelques détails sur une tumeur cystique développée après un accouchement laborieux, dans la paroi antérieure du vagin, et faisant saillie dans les grandes lèvres, ainsi que sur l'opération qu'il fit pour débarrasser la malade.

maladie, tant qu'elle consiste dans une tumeur vésiculaire, n'est pas facile à reconnaître, et à distinguer d'un engorgement lent, inflammatoire, et surtout d'une hernie épiploïque, petite, adhérente, de celle dont parle Pipelet, où l'épiploon s'était transformé en hydatides. (*Mém. de l'Ac. roy. de chir.*, t. III). Toutefois la présence d'une tumeur le long du ligament rond, tumeur qui s'est développée lentement, sans douleurs et sans symptômes inflammatoires, qui est molle et élastique, qui ne trouble par les fonctions des intestins, qui enfin n'est pas arrivée à la suite des efforts respiratoires, et qui manque des signes ordinaires des hernies abdominales, suffirait sans doute pour signaler l'existence de l'hydrocèle en question. En outre, le diagnostic serait plus sûr, si comme cela a lieu, suivant Scarpa, dans les épanchemens anciens du cordon spermatique, une certaine quantité de sérosité avait distendu une cellule de manière à faire saillie dans la partie inférieure ou déclive du ligament rond. D'ailleurs une tumeur un peu prolongée, l'absence des symptômes inflammatoires, la mollesse et peut-être la fluctuation dans un endroit, seraient des signes moins équivoques de l'hydrocèle diffuse.

L'œdème du ligament rond ne peut constituer une maladie sérieuse, surtout quand elle est idiopathique et non symptomatique de quelque affection de la matrice. On peut la traiter, si elle est légère et bornée au tissu cellulaire qui entoure l'extrémité inférieure du ligament rond ou la patte-d'oie, par l'application de remèdes résolutifs. Dans quelques cas, une incision faite sur la tumeur qui se présente au-dehors de l'orifice externe de l'anneau inguinal, est le meilleur moyen à employer. Néanmoins, nous dirons que, Pott et Scarpa ayant vu des malades mourir à la suite de l'incision de l'hydrocèle diffuse du cordon spermatique, nous devons craindre davantage cette opération, tant parce qu'elle peut être suivie de l'inflammation du péritoine, qu'à cause de la métrite, qui peut avoir lieu en raison des

fibres qui s'étendent le long du ligament, comme nous avons dit. Il faut surtout craindre ces dangers chez les femmes qui ne sont pas bien portantes, qui sont cachectiques, et qui sont prédisposées aux inflammations abdominales.

II.e *Variété.* — Elle consiste en une accumulation de sérosité dans le prolongement péritonéal ou dans le canal de Nuck, qui communique toujours avec le grand sac du péritoine, de la même manière que l'hydrocèle congénitale dans le sexe masculin. En effet, comme celle-ci, elle peut être congénitale ou s'être développée quelque temps après la naissance. L'hydrocèle de cette nature devrait être plus fréquente que l'hydrocèle congénitale de l'homme, car nous savons, par l'anatomie, que l'ouverture du canal de Nuck reste quelquefois ouverte et communique avec l'abdomen, ce qui arrive rarement pour la tunique vaginale du testicule. Cependant il n'est pas à ma connaissance qu'elle ait été observée par d'autres que par Palletta, dans la femme folle sur laquelle, l'incision de la tumeur étant faite, on pouvait pousser le doigt dans l'abdomen.

Le diagnostic de cette maladie est facile. En effet l'apparition de la tumeur après la naissance, sa mollesse, sa disparition par la position horizontale ou sous la pression, sans gargouillement; son retour dans la position verticale et sous les efforts expiratoires comme par ondées; surtout sa transparence, sont des signes suffisans pour ne pas la confondre avec la hernie libre inguinale ordinaire, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie. Seulement, quand l'eau est en petite quantité, qu'on ne peut pas reconnaître sa transparence, et que la tumeur rentre et sort avec beaucoup de difficulté à cause de la presque oblitération de l'orifice abdominal, comme il m'est arrivé de l'observer deux fois dans des hydrocèles congénitales, sur des enfans reçus dans cette clinique, le diagnostic peut offrir de l'obscurité, et l'hydrocèle être confondue avec la hernie libre, ce qui n'aurait pas de graves inconvéniens. En effet le traitement de l'hydrocèle de cette nature doit consister, comme

celui de la hernie, dans la rentrée de la tumeur dans le ventre et dans l'application d'un bandage. Ce traitement, quoique long et incertain, vaut mieux que l'incision du péritoine qui contient l'eau, car cette incision pourrait être suivie d'accidens inflammatoires, comme on l'a observé dans l'incision du sac herniaire pour le traitement radical.

IIIe *Variété.* — Elle est peu différente de la deuxième. L'eau est contenue dans le prolongement péritonéal qui ne communique plus avec le bas-ventre. La tumeur se présente dans le canal inguinal avec une forme alongée, molle, fluctuante; elle est précédée de quelque malaise ou douleur; elle ne rentre pas et n'est jamais rentrée dans l'abdomen. Pour cette raison on pourrait la confondre avec la hernie du cœcum, du colon, et surtout avec la cystocèle; mais l'absence d'accidens intestinaux, la mollesse extrême de la tumeur, sa fluctuation, et la transparence qu'on peut y constater, sont des indices qui empêcheront de prendre cette hydrocèle pour une hernie du cœcum ou du colon; quant à ce qui regarde la cystocèle, nous dirons que la tumeur, en rentrant sous la pression, excite le besoin d'uriner. Ces circonstances sont suffisantes pour faire distinguer la cystocèle de l'hydrocèle de la troisième variété, et principalement de la deuxième que déjà nous avons décrite. L'hydrocèle de la troisième variété doit être plus rare, parce que le prolongement péritonéal communique rarement avec l'abdomen. Sa présence ne cause pas de graves inconvéniens; seulement quand la tumeur prend un volume excessif, elle pourrait incommoder et donner quelque malaise.

Le traitement consiste, ou à activer le système absorbant, ou à fermer le canal de Nuck. La première indication est remplie à l'aide des astringens et des vésicatoires, et ce traitement peut être utile dans les hydrocèles récentes et peu volumineuses, et sur des sujets jeunes et d'une bonne santé. Du reste, le moyen le plus sûr est l'oblitération de la cavité,

qu'on obtient par l'incision, la ponction, les injections, l'ablation d'une portion du sac et le séton; en un mot, par tous les agens qui sont capables d'enflammer et de faire changer la nature de la membrane séreuse. Nous croyons que dans la plus grande partie des cas, l'incision et l'introduction de la charpie dans la cavité de Nuck est le moyen qui convient le mieux. Ce procédé, quoique moins douloureux, ne doit être employé que dans les cas où la tumeur cause quelque inconvénient et menace de prendre promptement un grand volume, et qu'elle existe chez des personnes jouissant de bonne santé d'ailleurs. Nous ne devons pas nous étonner si, en incisant, dans cette opération, un prolongement du péritoine, on voit paraître des accidens inflammatoires. On doit donc essayer tout autre moyen peu violent, et on doit recourir à l'incision de la tumeur, dans le cas seulement où la maladie est compliquée de quelque grave incommodité.

IV.° *Variété.* — Le développement d'un kyste séreux, comme nous le voyons dans le cordon spermatique, doit également survenir dans le tissu cellulaire qui entoure le ligament rond. Cette variété de l'hydrocèle des femmes semble être la plus fréquente, et en effet les observations de Paré, Desault, Lallement, Palletta et Cairoli semblent des hydrocèles de cette nature. Cette accumulation séreuse se reconnaît à une tumeur qui se présente le plus souvent autour de l'ouverture externe du canal inguinal, sans envahir ce canal, ou qui s'y introduit plus ou moins en le dilatant. Cette tumeur est arrondie et ovale, molle, fluctuante; ses progrès ont été lents; elle n'est jamais rentrée dans l'abdomen, n'augmente pas par les efforts expiratoires, et enfin est transparente à la lumière de la chandelle. Cette hydrocèle ressemble à l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique, et quand le kyste se développe dans le tissu cellulaire qui est dans le canal inguinal, elle peut être confondue avec la troisième variété.

Selon la quantité de sérosité accumulée et l'ancienneté de la tumeur, on pourra employer l'incision, l'ablation

partielle du kyste seul, suivant la méthode de Kinderwood, ou en enlevant en même temps une portion de la peau, suivant la méthode de Chopart; ainsi que les injections stimulantes. Mais l'incision et l'introduction de la charpie dans la cavité du kyste, dans le but de changer sa nature, suffiront dans la plus grande partie des cas.

V° *Variété.*—On a bien peu d'exemples de cette variété: d'abord, parce que la hernie inguinale chez la femme est rare, et que la guérison de cette hernie par l'oblitération du col du sac herniaire à l'aide d'un bandage est plus rare encore. Cette hydrocèle peut être reconnue, en ayant égard à la préexistence d'une hernie guérie avec le bandage; à l'apparition, après un certain temps, sans symptômes inflammatoires, d'une tumeur molle qui ne communique pas avec l'abdomen, et qui n'a pas de relation avec les changemens de position qu'éprouvent les organes contenus dans cette cavité; enfin à sa fluctuation et à sa transparence. Cette variété de l'hydrocèle peut être également traitée comme l'hydrocèle enkystée, en donnant aussi dans ce cas la préférence à l'incision du kyste; mais dans des tumeurs volumineuses on peut employer un moyen plus doux, par exemple, les injections stimulantes.

Observation. —Ilaria, des Innocens, de Pise, âgée de 11 ans, de forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, vit, sans pouvoir l'attribuer à aucune cause, une tumeur à l'aine gauche, qui s'accrut très-vite sans douleur ni malaise. Elle entra dans la salle clinique de cet hôpital, dans la matinée du 17 juillet 1832. J'exposai aux jeunes étudians, que cette tumeur inguinale pouvait être une hernie, un abcès idiopathique, un abcès par congestion, une glande engorgée ou une tumeur enkystée. Pour bien établir le diagnostic, j'examinai les symptômes qui avaient précédés et ceux qui existaient. D'abord je me suis convaincu qu'elle n'était pas une hernie inguinale, en considérant que la tumeur avait paru sans violens efforts, qu'elle ne rentrait pas, et qu'elle n'était jamais rentrée

dans l'abdomen (toutefois, comme je le fis remarquer, les hernies du cœcum, du colon, de la vessie sont adhérentes et irréductibles); que son volume n'augmentait pas par le saut, par la marche et par la toux; enfin, en considérant que je n'ai pas senti de communication directe, sous les efforts expiratoires, entre la tumeur et les parties contenues dans le bas-ventre. J'ai exclu l'idée d'un abcès idiopathique aigu ou chronique, parce que l'apparition de la tumeur avait eu lieu sans dureté antérieure ou engorgement, et sans une sensation douloureuse. L'absence de douleurs le long de la colonne vertébrale, aussi bien que vers le sac et les os des îles; la non-existence de la fièvre du soir, l'impossibilité de faire rentrer la tumeur, m'ont démontré que cette tumeur n'était pas un abcès symptomatique ou par congestion. La mollesse de la tumeur, son élasticité, son immobilité, son défaut de douleur sous la pression; l'extérieur de la malade, qui n'annonçait pas une constitution scrofuleuse; l'absence de plaies vers les extrémités inférieures ou vers les parties génitales, m'ont fait penser qu'elle n'était pas une glande engorgée. En portant mon attention sur l'apparition spontanée de la tumeur, sur son rapide développement (en vingt jours elle avait acquis le volume d'un œuf de poule), sur sa mollesse et son élasticité, sur sa figure alongée, sa situation entre le canal inguinal et la grande lèvre correspondante, et surtout sur sa transparence à la lumière de la chandelle, j'ai jugé, sans crainte de me tromper, qu'il y avait une tumeur enkystée séreuse, ou mieux une hydrocèle du ligament rond. Le liquide qui ne rentrait pas dans la cavité de l'abdomen, sous la pression la plus forte, la tumeur qui n'acquérait ni tension, ni volume par les efforts de la toux, et la bonne santé de la malade, m'ont démontré qu'il ne s'agissait pas d'épanchement dans le bas-ventre, entre le prolongement péritonéal, ou d'une hydrocèle congénitale. Il m'a été difficile d'établir si cette sérosité était accumulée dans un kyste anormal ou dans le

canal de Nuck ne communiquant plus avec la cavité du péritoine. Enfin, comme la petite fille n'avait été jamais affectée de hernie inguinale, j'ai exclu l'idée d'une hydrocèle d'un sac herniaire.

Ayant ainsi déterminé la nature de cette tumeur inguinale, je me décidai à agir directement par l'opération, comme on le fait pour les tumeurs enkystées en général. Dans la matinée du 19 juillet 1832, après avoir fait coucher la petite fille horizontalement et de la même manière que dans l'opération de la hernie, avec un bistouri convexe, je fis sur la partie moyenne de la tumeur une incision aussi longue que la tumeur même. D'abord j'intéressai seulement les tégumens et ensuite toutes les lames aponévrotiques qui couvraient le kyste, que je coupai avec des ciseaux les unes après les autres, en les soulevant à l'aide de pinces. Je continuai ainsi sans être gêné par l'écoulement sanguin, et arrivai à la face externe du sac, laquelle avait toute l'apparence de la face externe du péritoine. Alors je pris avec les pinces une portion du sac vers l'extrémité inférieure qui se trouvait au dehors de l'ouverture inguinale externe; je la coupai et l'enlevai : il s'était écoulé trois à quatre onces d'un liquide limpide, inodore. M'apercevant que le le reste du sac pouvait s'isoler avec facilité des parties voisines, j'en enlevai une partie en laissant seulement la portion qui était renfermée dans le canal inguinal et celle qui adhérait au ligament rond. Je fis observer aux élèves la facilité que j'avais à introduire dans l'ouverture inguinale externe et dans le canal l'extrémité de mon doigt index, et je signalai deux vésicules très-limpides, de la grosseur d'une noisette, que j'enlevai avec les ciseaux. Après avoir terminé ainsi cette simple et facile opération, j'introduisis de la charpie dans la plaie, dans le but de faire changer la nature de la portion de kyste restée et de prévenir une rechute; j'appliquai par dessus des compresses qui furent

tenues en place au moyen d'un *spica*. La petite fille n'a pas donné signe de beaucoup de douleurs pendant l'opération qui a été très-courte. Je lui prescrivis l'immobilité du membre gauche avec la diète ordinaire aux opérés. Dans la première journée il ne survint aucun accident; mais dans la matinée suivante, il y eut des douleurs abdominales, de la constipation, de la tuméfaction du ventre et de la fièvre. La partie opérée était très-peu douloureuse, même sous la pression; le ventre au contraire était douloureux. Ces accidens furent calmés par de légers purgatifs, des fomentations et des emplâtres émolliens; et le troisième jour de l'opération, le ventre était dans un état naturel. La plaie, qui suivit une marche régulière, était cicatrisée le 8 août, époque à laquelle la malade a quitté l'hôpital.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

CIRCULATION DU SANG DANS LE FOETUS, *entretenue et continuée par un placenta complètement détaché de l'utérus. Obs. par le docteur G. Fr. Marson.* — Le 12 juillet 1833, madame C***, au huitième mois d'une première grossesse, éprouve les douleurs de l'accouchement. Le docteur Marson, après s'être assuré, par le toucher, de la position de la tête, quitte un instant cette dame pour aller voir un malade dans une maison voisine. Pendant cette courte absence, les douleurs redoublent; le travail, facilité par l'ampleur naturelle des diamètres du bassin, et le petit volume de l'enfant, est suivi au bout de quelques instans de l'expulsion de ce dernier enveloppé de ses membranes adhrentes au placenta, lequel s'est détaché en même temps de l'utérus : en un mot, l'enfant nait au milieu des eaux de l'amnios, l'œuf tout entier a été expulsé sans éprouver la moindre déchirure. Les membranes furent aussitôt rompues, et l'enfant commença à respirer, mais avec peine. On ne comptait qu'une respiration de quatre minutes en quatre minutes, c'est pourquoi le docteur Marson ne voulut pas couper le cordon, surtout après avoir remarqué que le placenta y entretenait une circulation très-active. Au bout de trois quarts d'heure les mouvemens respiratoires se ranimèrent un peu plus : ils étaient

revenus à leur rhythme normal après une heure. Alors le docteur Marson coupa le cordon dans lequel la circulation n'avait pas cessé d'exister. Enfin, une circonstance bien digne de remarque, c'est que pendant tout ce temps il n'y eut pas la moindre hémorrhagie par la face utérine du placenta.

D'après ce fait, le docteur Marson pose les trois questions suivantes: 1.° les battemens très-manifestes du cordon démontraient-ils une circulation non interrompue du fœtus au placenta, et de ce dernier à l'enfant, ou étaient-ils simplement le résultat de l'impulsion communiquée au sang qui remplissait les vaisseaux du cordon? 2.° Si le sang revenait du placenta au fœtus, ce liquide éprouvait-il dans le placenta des modifications analogues à celles qu'il subit plus tard dans les poumons? 3.° Est-il probable que ces rares inspirations, qui pendant près d'une heure ne se renouvellaient que toutes les quatre minutes, aient pu suffire à elles seules pour entretenir la vie de l'enfant pendant tout ce temps?

Discutant chacune de ces questions, le docteur Marson pense que cet enfant n'aurait pu vivre ainsi par le seul effet d'une respiration aussi imparfaite, et il ne doute pas que la circulation ait été continue du fœtus au placenta, et du placenta à l'enfant. En outre, ce fait démontrant que la circulation de ce dernier est entièrement indépendante de celle de la mère, il en conclut que la gastro-hystérotomie peut être pratiquée assez long-temps après la mort de la mère, avec beaucoup de chances de retirer un enfant encore vivant. En effet, ajoute le docteur Marson, si, dans le cas qui vient d'être rapporté, la mère était morte alors que l'enfant était encore dans l'utérus, la circulation du placenta ne se serait-elle pas continuée pendant une heure environ dans l'utérus, aussi bien qu'elle s'est continuée après la sortie de cet organe?

A l'appui de cette opinion, l'auteur cite plusieurs observations parmi lesquelles nous rappellerons celle de Burns, où il s'agit d'une femme morte de dysenterie à la fin de sa grossesse, et sur laquelle la gastro-hystérotomie fut pratiquée douze minutes après la mort: l'enfant qui fut extrait était vivant. Un fait analogue, rapporté par le docteur Green, est consigné dans le tome XII des *Transactions médico-chirurgicales*. La femme, qui était arrivée au neuvième mois de sa grossesse, fut renversée par une voiture, et mourut au bout de vingt minutes. L'opération fut faite treize minutes après la mort, et l'on retira de l'utérus un enfant qui vécut pendant trente-quatre heures. Le cas rapporté par le docteur Jackson, bien qu'il ne soit pas relatif à la gastro-hystérotomie, vient également à l'appui de l'opinion du docteur Marson. Une femme malade depuis long-temps de la poitrine, meurt subitement au déclin du travail de l'accouchement. La tête était déjà engagée dans l'excavation du bassin, et de telle

manière qu'on avait jugé l'application du forceps nécessaire. Depuis un quart-d'heure la mère était morte, lorsqu'on opéra de la sorte l'extraction de l'enfant qui ne commença à respirer qu'au bout de quelques minutes. Mais de tous les faits de ce genre, le plus remarquable a été publié par Flajani, de Rome. Chez une femme morte au septième mois de sa grossesse, il pratiqua l'opération césarienne une heure après la mort. L'enfant respira pendant dix minutes, et succomba. (*The London med. Gazette*, août 1833.)

Pathologie.

TRANSFORMATION DE LA TOTALITÉ DU POUMON DROIT EN TISSU ENCÉPHALOIDE; *par le D.r Graves.*—John Keating, âgé de 36 ans, fortement musclé, entra pour la seconde fois à l'hôpital Meath le 1er mai 1833, après en avoir été absent pendant un mois. L'été précédent, il avait éprouvé de temps en temps dans le côté droit de la poitrine des douleurs qui s'exaspéraient par une profonde inspiration. En novembre 1832, il fut pris de toux, de dyspnée, avec expectoration mucoso-sanguinolente et constipation. Bientôt après, le visage et le cou s'œdématièrent. Admis à l'hôpital en février 1833, il fut traité par le docteur Stokes, par les mercuriaux, les vésicatoires et les émissions sanguines. Il sortit en avril avec une amélioration. Au moment de sa rentrée, il se plaignait surtout d'une dyspnée qui allait presque jusqu'à l'orthopnée; quand il était couché, il ne pouvait respirer passablement que sur le côté droit. Au bout de quelques semaines il ne pouvait même plus rester dans cette position, et pendant dix-huit ou vingt jours avant sa mort, il resta assis jour et nuit dans son lit, se penchant en avant autant qu'il pouvait, et supportant sa tête au moyen d'un coussin placé sur ses genoux. Dans le commencement, la dyspnée était augmentée par le plus léger exercice, qui déterminait aussi des palpitations. Il était tourmenté par une toux sèche, expectorait quelquefois un peu de mucosités légèrement teintes de sang. Aucune douleur dans la poitrine, excepté quelques élancemens quand il faisait une inspiration profonde. Il éprouvait quelque difficulté pour avaler et rapportait le siége de l'obstruction à la partie inférieure du gosier. Il se plaignait d'un peu de douleur vers l'épaule droite. Le visage était bouffi, pâle et semblait un peu œdémateux; cette circonstance, jointe à un aspect particulier des yeux qui semblaient un peu sortis de leur orbite, et à une dilatation marquée des narines pendant la respiration, donnait à sa physionomie une expression de détresse et de souffrance. La veine jugulaire droite était très-distendue; il en était de même des veines de l'aisselle droite; mais ce symptôme était surtout remarquable à la surface du ventre où l'on apercevait deux veines tortueuses, grosses comme des plumes de cygne, se dirigeant de chaque côté de la ligne blanche dans une direction correspondante à celle de l'artère épigastrique supérieure.

Constipation; coliques fréquentes; urine rare et fortement colorée; anorexie; sueurs nocturnes; soif légère; langue nette; pouls 100, régulier et compressible.

Exploration de la poitrine. — Les espaces intercostaux du côté gauche étaient plus marqués, plus profonds, et plus dilatés dans la respiration, que ceux du côté droit; ces derniers, quoique moins prononcés, n'étaient cependant ni oblitérés, ni distendus par une pression de dedans en dehors. Le côté droit de la poitrine mesurait environ un demi-pouce de moins que le gauche.

Percussion. — Le côté gauche antérieurement donnait un son clair partout, excepté à un pouce en de çà de la ligne médiane, endroit où il devenait mât; en arrière le son était clair. Le côté droit, dans tous les points, donnait un son aussi mat que possible.

Respiration. — La respiration était puérile dans tout le côté gauche, excepté vers la ligne médiane, où elle prenait le caractère trachéal. Cette respiration trachéale était observée dans une grande partie de la surface antérieure du côté droit; elle était forte et très-distincte au-dessus de la mamelle, plus faible immédiatement au-dessous et se perdait presque entièrement plus bas. A la partie postérieure du côté droit, la respiration n'était pas si décidément trachéale; elle semblait plus rapprochée de la respiration bronchique, surtout auprès du rachis. Aucun râle n'était perceptible en aucun point de la poitrine.

Voix. — A la partie supérieure et antérieure du côté droit, la voix était résonnante, approchant de la bronchophonie; d'ailleurs rien de remarquable.

Cœur. — Le cœur battait dans sa position naturelle, mais ses bruits s'entendaient dans une grande étendue, sous les clavicules, et dans tout le côté droit.

Dans la respiration, le côté droit de la poitrine offrait un mouvement évidemment moindre que le gauche, et si l'on appliquait la main sur le même côté quand le malade parlait, la vibration était moins forte à droite qu'à gauche. Tous ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, si ce n'est que toute trace de respiration bronchique disparut, excepté en un seul point près du rachis; on n'observait partout ailleurs qu'un murmure trachéal.

Peu de temps après l'entrée du malade, on s'aperçut que le foie descendait au-dessous du rebord des côtes, formant une tumeur dure, visible dans l'hypochondre; les selles devinrent couleur d'argile, et la peau ictérique. Toutes les fois que le malade se couchait sur le dos on entendait dans sa poitrine un fort ronflement, et la suffocation était imminente. La dysphagie fit également des progrès.

Autopsie. — Le poumon gauche s'affaissa; il était parfaitement sain. Le poumon droit, ou plutôt le contenu de la cavité droite du thorax,

adhérait partout aux parois thoraciques par le moyen d'une union intime entre la plèvre costale et la pulmonaire. La plèvre était extrêmement épaisse et dense. A la place du poumon droit on trouva une masse solide, pesant plus de six livres, dont la surface était irrégulière, légèrement bosselée. Cette masse remplissait complètement la cavité droite de la poitrine, mais elle ne faisait pas saillie entre les côtes, de manière à distendre les espaces intercostaux d'une manière notable; elle s'avançait dans l'autre côté de la poitrine, et s'étendait un peu au-delà de la ligne médiane, enveloppant et cachant presque à la vue le péricarde, les gros vaisseaux et la trachée. Cette masse fut enlevée avec peine à cause de ses adhérences; elle présentait en arrière une couche mince de substance pulmonaire à peine perméable à l'air. Cette masse était homogène dans tous ses points, ferme, de couleur blanche, légèrement tachée par la bile, et offrant beaucoup de ressemblance avec le tissu d'un cerveau durci artificiellement.

Si l'on divisait cette masse, les surfaces de la section laissaient suinter un liquide semblable à la substance cérébrale ramollie; ce suintement devenait beaucoup plus abondant par la pression, d'où il était évident que la matière cérébriforme très-molle était logée dans les aréoles du tissu pulmonaire conservé en proportion assez forte, et que la fermeté de la masse morbide était due à la présence de ce tissu. Cette masse présentait quelques inégalités arrondies en arrière et contenait quelques petits kystes remplis de sérosité jaunâtre. On pouvait suivre, dans un intervalle très-court, la bronche droite à travers la tumeur, mais son diamètre était considérablement diminué. Le cœur était pâle et en quelque sorte atrophié; les gros vaisseaux qui en partent paraissaient s'enfoncer dans la substance de la tumeur qui entourait sa base, de telle sorte qu'on n'apercevait que sa partie inférieure.

Contrairement à ce qu'on attendait, le foie avait un volume normal; mais la vésicule était considérablement distendue par la bile, et avait un volume triple de celui qu'elle a ordinairement. L'apparente tuméfaction du foie pendant la vie avait été causée par l'abaissement de cet organe, qui reconnaissait pour cause la tumeur développée dans le thorax.

Une tumeur, formée par la réunion de plusieurs petites, se trouvait dans le lieu occupé ordinairement par quelques-unes des glandes mésentériques, et égalait le volume des deux poingts. Elle offrait la même substance cérébriforme que la tumeur de la poitrine, et semblait avoir été formée par la dégénération des glandes mésentériques. Cette tumeur poussant en haut l'arc transverse du colon, et en bas les intestins grêles, comprimait le conduit cholédoque, de manière à intercepter complètement l'écoulement de la bile dans le duodénum,

tandis que ses portions latérales s'étendant jusqu'aux reins, exerçaient une compression sur ces organes. Le tissu du foie était sain, mais vert et gorgé de bile. (*Dublin med. Journ.* n.° 12).

Splénite prise pour un squirrhe de l'ovaire; *par W. Markley Lee.* — Stella, négresse, âgée de 40 ans, mère de quatre enfans, se crut enceinte à cause de la cessation de ses règles et de divers autres signes de grossesse: elle continua ses travaux jusqu'au moment où l'énorme développement de son ventre, l'œdème des membres inférieurs, et surtout l'absence de tout mouvement, firent croire à une hydropisie. Cet état durait depuis le mois d'avril 1831; le docteur Lee vit cette femme en janvier 1832. Elle était si peu intelligente, qu'elle ne put donner aucun renseignement sur sa maladie. Elle se plaignait seulement du poids extrême de son ventre qui, dans la station, exerçait une compression incommode sur les os du pubis, et de la dyspnée qui l'empêchait de se tenir couchée sur le dos. Le pouls était naturel. Quelques doses de jalap et de tartrate acide de potasse dissipèrent en partie l'œdème des jambes, sans diminuer la tumeur abdominale. Le ventre était aussi développé qu'au neuvième mois d'une grossesse; aucune fluctuation n'était appréciable. A trois pouces au-dessus des pubis du côté gauche, et à la même distance de la ligne blanche, se trouvait une tumeur circonscrite, de forme elliptique, placée transversalement, non adhérente aux parois abdominales. La situation de cette tumeur, la coïncidence de la suspension des règles avec son apparition, l'absence de fluctuation, firent diagnostiquer un squirrhe de l'ovaire gauche. On ne pouvait admettre une grossesse, car la tumeur ne paraissait pas avoir plus de trois pouces sur quatre. Le docteur Lee expliquait l'œdème qui régnait autour des malléoles par la pression de la tumeur sur la veine-cave ou sur les lymphatiques. Toutefois plusieurs symptômes étaient inexplicables pour lui; la tumeur n'avait guère en apparence que le volume d'un œuf d'autruche, et l'on ne pouvait attribuer l'énorme développement du ventre à la tuméfaction des glandes mésentériques, car la malade n'était ni émaciée ni atteinte de diarrhée; son appétit allait jusqu'à la voracité; ses digestions s'accomplissaient normalement, mais elle était un peu constipée. Le ventre continua à se tuméfier jusqu'au commencement d'avril, époque de la mort.

Autopsie douze heures après la mort. — Les viscères abdominaux parurent sains; l'estomac était rapproché de l'hypochondre droit; la couleur ardoisée (*slaty*) de la tumeur située dans la région iliaque gauche, rappelait la rate; en passant la main sous un pli de l'épiploon, qui recouvrait la tumeur en partie, le docteur Lee fut fort étonné de trouver que celle-ci appartenait réellement à la rate. Cet organe enlevé de l'abdomen avait 27 pouces de circonférence de haut en bas, et 16 pouces trois-quarts de circonférence transversalement. Il pesait cinq livres et demie.

La femme qui fait le sujet de l'observation précédente n'avait jamais eu de fièvre intermittente. (*The American Journal of the medical Sciences*, août 1833.)

Splénite causée par une chute et suivie de fièvre intermittente quotidienne. — J. B. Pingot, âgé de 35 ans, maçon, d'une constitution robuste, né de parens sains, a toujours joui d'une bonne santé, à part une attaque assez forte de choléra il y a un an. Il couche, lui sixième, dans une chambre étroite, mais bien aérée; n'a jamais habité ni travaillé près du canal. Il y a huit jours, en montant des moellons, cet homme fit une chute de trois pieds de haut sur l'hypochondre gauche; à l'instant même il ressentit une douleur vive dans cette région pendant dix minutes, et fut obligé de cesser son travail. Le lendemain, 31 mai, douleur de côté dans la région de la rate, se faisant sentir à l'occasion du plus léger effort. Le 1.er juin, vers les deux heures de l'après-midi, et après avoir mangé, le malade éprouve une chaleur vive et une sueur abondante pendant la nuit; en même temps la région de l'hypochondre gauche était plus douloureuse. Le lendemain matin le malade était bien portant, mais la douleur, quoique moindre, persistait. Pendant l'après-midi, mêmes symptômes que la veille, chaleur, sueur et augmentation de la douleur de l'hypochondre. Le 3 juin, même état. Le 4, vers les deux heures de l'après-midi, frisson commençant par les reins et les membres, pour devenir général pendant deux heures, puis chaleur et sueur jusqu'au lendemain matin. Le malade a pris de la tisane et s'est mis huit sangsues sur le côté. Il est entré le 5 juin à l'hôpital de la Pitié, salle St.-Joseph, où, le 6 au matin, il a présenté l'état suivant: tube digestif sain, appétit, soif pendant la fièvre; thorax dans le meilleur état; céphalalgie pendant l'accès. Teinte naturelle de la peau. La rate est limitée avec le plus grand soin au moyen du plessimètre; l'organe a cinq pouces dans le sens vertical, quatre pouces et demi dans le transversal. La limitation est facile et très-distincte de celle du rein, du foie et du cœur; l'image de l'organe est tracée avec le nitrate d'argent; la douleur existe par la pression et par la percussion sur toute l'étendue de la figure tracée. A une ligne au-delà, la douleur n'existe plus. (Saignée proportionnée à son influence sur le pouls, 40 sangsues sur la région douloureuse, cataplasmes émolliens, diète). 7 juin, l'accès est revenu hier aussi fort que les jours précédens; la saignée faite la veille est de deux livres environ: les piqûres des sangsues ont fourni peu de sang; le volume de la rate est le même, mais la douleur est considérablement diminuée; le malade a de l'appétit. (Sulfate de quinine, 15 grains à prendre en trois doses; le quart.) 8 juin, l'accès est revenu hier, mais moins fort; il a retardé de deux heures: frisson faible jusqu'à six heures; sommeil pendant la chaleur et la sueur jusqu'à dix heures. La fièvre était passée au réveil; la

rate est diminuée d'un pouce et demi de haut en bas, et d'un pouce d'avant en arrière; son épaisseur est moindre : elle offre encore une légère sensibilité à la percussion. (Même prescription.) Le 11, depuis le 8, le malade n'a pas eu d'accès, pas de céphalalgie; la rate a encore diminué de volume; la douleur n'existe pour ainsi dire plus depuis que la fièvre est passée : l'appétit est excellent, le malade mange les trois-quarts; les digestions se font bien, le sommeil est naturel : il a continué à prendre la même dose de sulfate de quinine. Le 12, le malade demande sa sortie. Le 13, il est sorti très-bien portant de l'hôpital.

L'auteur cite encore un autre fait qui, comme le précédent, milite en faveur de l'opinion de ceux qui voient dans l'engorgement de la rate la cause de la fièvre intermittente. (Nelet, A. F., *Diss. sur la fièvre intermittente*. Paris, 1833.)

ANÉVRYSME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE PRIMITIVEMENT ANORMALE; *observ. par le doct. Romaglia, médecin de Ste-Marie-de-Lorette à Naples*. — Louis Bianchi, âgé de 20 ans environ, entra à l'hôpital pour y être traité de la gale. Cet homme avait reçu, deux mois auparavant, plusieurs blessures, dont une, à l'oreille droite, et faite par un instrument tranchant et pointu, dirigé par derrière et de haut en bas, occasionna une grave hémorrhagie qui fut arrêtée par l'usage d'*eaux styptiques*. En examinant la partie blessée, on constata l'existence d'une cicatrice d'à-peu-près 5 lignes de long, dirigée vers le sommet de l'apophyse mastoïdienne. Au-dessous et en arrière de cette apophyse existait une tumeur, ayant des battemens, de la grosseur d'une noisette, accompagnée de douleur et de bruissement dans l'oreille gauche. La douleur, ainsi que cette sensation particulière de l'ouïe, revenait par intervalle. La petite tumeur était molle, souple; et en pressant, autant qu'on le pouvait, la carotide gauche contre la colonne vertébrale dans sa région cervicale, on voyait que la pulsation diminuait sans cesser entièrement. Le visage du malade, depuis le moment de la blessure, est resté pâle, et l'on remarquait que le système artériel réagissait toujours avec une force anévrysmatique lorsque les battemens du cœur étaient augmentés. Le malade observé de nouveau trois mois après son accident, on vit que la blessure n'était pas cicatrisée; il y avait une solution de continuité à la suite de la chute d'une petite escarre avec laquelle il est sorti un peu de sang provenant de la peau, et un peu de matière purulente. La tumeur présentait des pulsations manifestes que la compression de la carotide externe semblait faire disparaître. Elle était placée au milieu de l'apophyse mastoïdienne et de l'extrémité supérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien; au-dessus elle s'étendait jusqu'à la moitié de l'oreille; en bas, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure; en arrière vers la nuque, en avant vers le bord postérieur

de la branche ascendante de la mâchoire inférieure. Elle avait à la base quatre travers de doigt. Cette tumeur s'était développée rapidement. Le bruissement et la douleur à l'oreille continuaient, et il s'y joignit quelquefois un mouvement spasmodique de l'œil gauche et de la paupière supérieure. Le mouvement des artères était anévrysmatique. Aussitôt après la chute de l'escarrhe, à l'usage de la neige on a substitué celui du tannin. Quelques jours après, un écoulement considérable de sang engagea les professeurs à découvrir la carotide pour s'assurer, par la compression de cette artère, si le sac anévrysmatique était formé par un des ses rameaux ; mais comme on reconnut qu'il n'en était pas ainsi, au lieu de faire la ligature de l'artère, on crut convenable de mettre une ligature d'attente. Il y eut plusieurs menaces d'hémorrhagie, et on la prévint par la compression de la tumeur à l'aide de charpie trempée dans la teinture de noix de galle, des compresses et d'un bandage, sans faire attention que la tumeur était située sur la carotide. Enfin, le malade est mort à la suite d'une très-léger écoulement de sang.

A l'autopsie cadavérique, on constata, à la partie postérieure de l'oreille gauche, une tumeur qui communiquait au dehors, vers la partie supérieure, par un orifice à bords noirâtres et mous, du diamètre de quatre lignes environ. Elle s'étendait en haut de manière à être en rapport avec la ligne courbe supérieure gauche de l'os occipital ; en bas avec la cinquième vertèbre cervicale, en arrière avec la nuque, et en avant avec l'angle gauche de la mâchoire inférieure. On trouva dans son intérieur une grande quantité de caillots ; et après avoir préparé l'artère vertébrale gauche ainsi que la carotide du même côté, on découvrit que le sac anévrysmatique était formé par le tissu cellulaire et par les muscles voisins, et que l'artère primitivement anévrysmatique était la vertébrale, laquelle, suivant une direction anormale, avait été intéressée dans la blessure. En effet, entre la deuxième et la troisième vertèbres cervicales, l'artère sortait du canal formé par les trous des apophyses transverses cervicales, et se contournait de bas en haut sur la lame gauche de la deuxième vertèbre, en décrivant une courbe dont la cavité était en avant, et la convexité en arrière ; puis elle s'introduisait dans la première et la deuxième vertèbres pour aller à sa destination. L'instrument l'a blessé dans la convexité de la courbe décrite ci-dessus. C'est là qu'a commencé la dilatation, jusqu'à ce qu'ait eu lieu la rupture de la portion de l'artère qui s'était dilatée dès le principe, et qui présentait un épaississement remarquable. Une sonde introduite par l'ouverture de l'artère, sortait dans l'artère basilaire. La partie de l'os occipital correspondante à la tumeur était un peu rugueuse, et la partie postérieure du tubercule gauche de la première vertèbre était cariée. Aux environs de la tumeur, au milieu des muscles, il y avait quel-

ques points de suppuration, et dans un endroit une dégénération presque cartilagineuse. La tumeur avait le volume d'une grosse orange. A l'intérieur du crâne on ne découvrit rien de remarquable, excepté un engorgement veineux superficiel au lobe gauche du cerveau.

Les poumons et les voies respiratoires étaiant dans l'état normal. L'aorte présentait un état anévrysmatique qui s'étendait jusque dans les principaux troncs. Les parois du ventricule gauche du cœur étaient plus épaisses que dans l'état normal. Les viscères de l'abdomen n'offrirent rien de particulier.

Cette observation, dit l'auteur, peut donner lieu à trois sortes de considérations. La première a trait à l'anomalie de l'artère vertébrale dont on n'a peut être jamais observé un exemple semblable. La deuxième concerne la médecine légale, et se rapporte à la situation de la blessure, qu'un médecin instruit en anatomie aurait considéré comme exempte de danger, et qui le serait, en effet, sans l'anomalie qui a été décrite. Enfin, pour troisième considération, il resterait à déterminer pourquoi, à la suite de la compression de la carotide, on ne voyait pas disparaître entièrement la pulsation de la tumeur; cela dépendait certainement de ce que l'artère occipitale se trouvait en avant et au-dessous de la tumeur, et communiquait en partie la pulsation. (*Il Filiatre-Sebezio*; avril 1834).

Thérapeutique.

EMPLOI DU NARCISSE DES PRÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE. — Le narcisse des prés (*narcissus pseudo-narcissus*), proposé par M. Loiseleur-Deslonchamps comme succédané de l'ipécacuanha, employé ensuite par M. Dufresnoy, de Valenciennes, dans la coqueluche et d'autres maladies convulsives, fut plus tard mis en usage avec succès contre la diarrhée et la dysenterie par M. Loiseleur qui, ayant communiqué les résultats avantageux qu'il avait obtenus à M. Lejeune, médecin à Verviers, en reçut une lettre en date du 23 novembre 1811, dans laquelle il était dit que, sur cent soixante-douze malades traités dans une épidémie de dysenterie, par la poudre de narcisse, aucun n'était mort, à part un vieillard nonagénaire et une vieille femme presque octogénaire: encore M. Lejeune avait-il été appelé trop tard, et quand déjà la fièvre adynamique était venue compliquer la phlegmasie muqueuse. Dans la même épidémie, beaucoup de malades traités différemment ont succombé, et ceux qui échappèrent eurent une convalescence très-longue et éprouvèrent des rechutes, ce qui n'eut lieu chez aucune des personnes traitées par le narcisse des prés.

Ces essais ont été répétés avec le même succès par M. Pessaquay, médecin à Saint-Amour, département du Jura, dans une épidémie de dysenterie qui en 1826, frappa plusieurs villages. Déjà, en 1819 et

en 1822, ce médecin avait traité avec succès, par la poudre de narcisse, quelques dysenteries sporadiques. Nous croyons devoir consigner ici une de ces observations.

Jean Fromond, cultivateur aisé, âgé de 35 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, grand, robuste, fut pris, dans les premiers jours d'août 1822, de la dysenterie dite *gastrite*. Dans le principe, les frissons, nausées, vomissemens bilieux, un flux diarrhéique jaunâtre, avaient, pour ainsi dire, marqué cette maladie au coin de la *gastricité*, que devait, en effet, lui imprimer une température extrêmement chaude et sèche. Ces premiers accidens furent suivis bientôt de tranchées vives, déjections sanglantes très-fréquentes, ténesme, etc. Il paraît que le malade avait été mal soigné, sous le double rapport du régime et de la médication. Peu-à-peu les symptômes franchement inflammatoires avaient disparu, et déjà la maladie pouvait être considérée comme passant à l'état chronique, puisque ce ne fut qu'à la fin de septembre, après un mois et demi de maladie, qu'on se décida à appeler de nouveaux secours. A cette époque le malade était dans l'état suivant : face pâle, abattue, profondément altérée ; langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre ; peau généralement pâle, terreuse ; pouls peu développé, fréquent ; extrémités, les inférieures surtout, blafardes, œdématiées ; abdomen tendu, dur, indolent, offrant une fluctuation sensible ; urines rares, foncées en couleur ; déjections alvines séro-sanguinolentes, dix à douze par jour ; dégoût sans anorexie, profond abattement des forces, frissonnement habituel, répugnance au mouvement, propension à s'aliter, ennui, morosité. Malgré tous ces symptômes secondaires, espérant qu'ils pouvaient bien n'être que la suite et l'effet de la dysenterie, dont il devenait urgent, dans tous les cas, d'enrayer les progrès, on ordonna : Poudre de narcisse, ℈j trois fois par jour, avec tisane et deux demi-lavemens émolliens simples, pour mieux observer l'effet. Le troisième jour, presque tous les symptômes dysentériques avaient cessé ; urines plus abondantes : il y avait eu en tout cinq à six selles, appétit, un peu de gaîté, *facies* meilleur, ventre moins tendu, moins sensiblement fluctuant ; extrémités toujours œdématiées. (Narcisse, ℈ij par jour, jusqu'au septième jour, époque à laquelle la dysenterie était complètement arrêtée). On eut alors recours aux infusions de baies de genévrier, aux frictions sèches, à un régime fortifiant, et bientôt tous les autres symptômes disparurent, et la guérison fut complète.

Mais c'est surtout dans l'épidémie dont il a été question plus haut, que les propriétés antidysentériques du narcisse des prés peut être convenablement appréciée. Plusieurs villages furent successivement atteints par la maladie, et de préférence les gens pauvres et les plus mal-nourris. Voici les symptômes qu'on observa : frissons, lassitudes, affaissement, bouche amère, pâteuse, dégoût, douleurs vagues dans

le ventre ; dans les cas les plus graves, nausées, vomissemens de vers parfois. Plus souvent peut-être la maladie débutait sans phénomènes précurseurs par de vives coliques suivies de selles liquides sanguinolentes ou non. En général, les malades, deux, trois, quatre jours après l'invasion, présentaient la plupart une réaction inflammatoire peu intense ; ainsi, leur maladie était marquée surtout par des coliques, des tranchées vives, borborygmes, selles fréquentes, variant de dix à cinquante par jour, liquides, jaunâtres, quelquefois brunes, tantôt glaireuses, tantôt grumelées ou semblables à des herbes hachées ou à de la lavure de chair, le plus souvent striées de sang quelquefois caillebotté, d'autrefois liquide, rutilant, intimement mêlé aux autres matières ; ténesme insupportable, presque continuel chez un grand nombre ; abattement, chute des forces, découragement ; pouls généralement petit, à peine fébrile ; langue couverte en générale d'un enduit blanchâtre, légèrement jaune parfois. Urines le plus souvent rares et de couleur peu foncée, etc., etc.

Presque tous les malades furent traités par le narcisse, et le plus souvent, dès le deuxième, troisième, quatrième jour au plus du début de la maladie. La dose ordinaire, et on peut dire constante, fut d'un gros, divisé en trois fractions qu'on faisait prendre séparément, délayées dans un quart à demi-verre d'eau sucrée ou non ; avec cela une tisane de riz, ou même, chez les plus pauvres, simplement l'eau d'orange ou l'eau panée. Une seule fois, chez un jeune homme de 20 ans, l'appareil fébrile prononcé força de recourir à une application de sangsues ; deux ou trois fois aussi, au début de l'affection, on donna l'ipécacuanha.

Il était rare qu'on fût obligé de passer au-delà de trois ou quatre gros pour une cure complète. Dès le lendemain du premier jour du traitement, il y avait une amélioration notable ; la convalescence, presque complète dès le deuxième jour, l'était tout-à-fait du troisième au quatrième ; les selles revenaient à une ou deux par jour, sans coliques ni épreintes ; l'appétit reparaissait, et bientôt toutes les fonctions étaient rendues à leur état naturel.

Chez aucun malade, même chez ceux qui, avant l'ingestion du médicament, avaient des nausées et des vomissemens, on n'observa ce dernier phénomènes. Ce point seul diffère du résultat obtenu par d'autres praticiens, et en particulier par M. Lejeune, dont nous avons cité la lettre, et qui observa, au contraire, chez le plus grand nombre de ses malades, des vomissemens après l'administration de la poudre de narcisse ; ce qui dépendait sans doute de la manière différente dont la poudre fut préparée. Enfin, malgré les écarts de régime auxquels ne manquent presque jamais de se livrer les habitans de la campagne, on n'observa que peu de rechutes, lesquelles, du reste, furent traitées avec un égal succès par le même moyen. Ajoutons que plu-

sieurs individus atteints de l'épidémie, et traités d'une manière différente succombaient. (Passaquay (J. C. V. A.). *Observ. sur l'emploi du narcisse des prés dans le traitement de la dysenterie*, thèses de Paris, 1833, n° 170).

Obstétrique.

Occlusion complète du vagin; *observée par le docteur Kuhnau, accoucheur à Sangerhause, en Thuringue.* — Une paysanne, âgée de 28 ans, mariée depuis deux ans et demi, régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans jusqu'à l'époque de sa première grossesse, s'était toujours bien portée jusqu'à son accouchement, qui eut lieu à Pâques, année 1831. Le travail fut long et et pénible, car l'enfant fut arrêté deux jours et deux nuits dans l'excavation pelvienne; enfin elle accoucha sans avoir recours aux moyens de l'art, d'un fœtus mort. Elle ne put marcher que quinze jours après ce laborieux accouchement. Toute tentative de coït, depuis cette époque, devint pour elle une source de souffrances. Le mari cessa de cohabiter avec elle. Des douleurs commencèrent à se faire sentir aux reins, au bas-ventre, avec des resserremens au sein. Elle urinait difficilement, et les selles étaient douloureuses. La région de la vessie était le siège d'une cuisson continuelle. Enfin elle fut tourmentée de douleurs hystériques et de désordres dans les fonctions digestives. Depuis les couches, les règles n'apparurent point. Cependant, tous les mois lunaires elle éprouvait les symptômes qui annoncent leur retour. C'était à cette époque que la douleur des reins, la tension et l'ardeur dans la région de la vessie acquéraient plus d'intensité. Malgré ce redoublement de souffrance elle continuait de se livrer à ses travaux. Enfin la violence du mal la força, après seize mois de rétention des règles, de réclamer les secours de l'art. Malgré l'état alarmant où elle se trouvait, elle fit à pied une route de trois lieues pour venir chez moi. Je commençai tout naturellement par lui demander si elle n'était pas enceinte. A sa réponse négative, je pratiquai sur-le-champ le toucher, et je découvris que le vagin était complètement fermé à un demi-pouce derrière les petites lèvres. Je crus d'abord que j'avais affaire à un renversement de matrice, chargée du produit de la conception. Mais en examinant attentivement le bas-ventre, je sentis distinctement le fond de l'utérus entre les pubis et le nombril. Cette découverte ne me permit plus de croire à l'existence d'une rétroversion. L'exploration à travers l'anus ne me donna aucune lumière, car la tumeur qui remplissait le bassin comprimait le rectum comme dans le renversement de la matrice. Je ne pouvais savoir quelle était l'étendue de l'occlusion, si une adhésion membraneuse s'était formée entre les surfaces muqueuses du vagin, ou bien si l'adhérence était de nature ligamenteuse ou tendineuse; enfin, si le vagin était obli-

téré jusqu'à l'orifice de l'utérus. Ce qui rendait mon diagnostic difficile, c'est que l'occlusion ne commençait qu'à un demi-pouce derrière les petites lèvres, et qu'elle ne pouvait pas être appréciée à la vue; je n'avais pas alors de *spéculum vaginœ* sous la main. Toutes les difficultés bien pesées, je résolus de faire d'abord un essai avec le trois-quarts, et dans le cas où je trouverais des obstacles, de me servir d'un bistouri enveloppé, afin de pouvoir rétablir l'ouverture naturelle. Après avoir donné à la femme une position convenable, je conduisis avec précaution un trois-quarts bien huilé, tel que celui dont on se sert dans la paracentèse, la pointe du stylet recouverte du doigt, entre le canal de l'urtère et la cloison postérieure du vagin jusqu'au point où commençait l'adhérence; alors j'écartai le doigt pour enfoncer l'instrument dans la direction donnée. La résistance fut d'abord assez grande, à cause de la structure ligamenteuse de la cloison. Mais bientôt l'instrument glissa facilement. Après avoir retiré le stylet, je maintins la canule avec le pouce et l'index de la main gauche. Le sang menstruel s'échappa de son ouverture sous la forme d'un liquide noir, semblable à de la poix. Après avoir obtenu près de trois livres de ce sang épais, je retirai la canule, et j'aggrandis avec précaution, en avant et en arrière, l'orifice, à l'aide d'un bistouri boutonné. Par cette opération, je rétablis l'ouverture du vagin. Le doigt nous fit apprécier l'épaisseur de la cloison, qui était d'une ligne, et je jugeai à cette exploration que son tissu était de nature tendineuse. Il s'écoula encore beaucoup de sang. L'opération finie, la femme, qui n'avait eu qu'un léger évanouissement, assurait que toutes les douleurs avaient disparu comme par enchantement. L'ouverture pratiquée fut remplie de bandelettes de toile, que je fixai par un bandage en T. Je conseillai en même temps à la femme de ne jamais s'opposer aux approches de son mari, quand même elle devrait en ressentir des douleurs. Elle partit gaie et alerte. Cinq jours après elle revint, et m'assura qu'elle était tout-à-fait rétablie. Cette guérison ne s'est point démentie depuis cinq mois. J'ai constaté par le toucher le bon état des parties. La cause des difficultés de l'accouchement tenait à un vice de conformation du bassin. Le diamètre antéro-postérieur n'avait que trois pouces et demi. (*Journal Siebold*, XIII.e vol., 2.e N.o, 1833, page 288).

ÉVOLUTION SPONTANÉE DU FOETUS; *par Malcolm. M. D.* — Une sage-femme, rapporte ce médecin, me fit appeler à dix heures après midi le 14 novembre 1833, pour porter secours à une femme qui était en travail depuis trois heures avant midi de la même journée. J'appris que cette femme était arrivée au terme de sa troisième grossesse, et qu'elle avait été d'abord assistée d'une vieille femme ignorante, qui s'était mise à tirer avec force la partie du fœtus qui se présentait dans le vagin, en cherchant à terminer ainsi l'accouchement. A la suite de

ces manœuvres, le bras et l'épaule descendirent à travers les parties; ce fut alors que la sage-femme fut mandée. A mon arrivée, les contractions étaient énergiques; l'utérus était fortement resserré sur le corps de l'enfant. La patiente se plaignait d'une violente douleur de déchirement dans la région de la matrice, se montrant en même temps que chaque contraction de cet organe. Le bras gauche, car c'était lui qui se présentait, l'épaule et une portion du thorax, constituaient, dans le vagin, une espèce de coin et étaient déjà poussés à travers l'orifice extérieur. L'épaule s'était avancée sous l'arcade des pubis. Le bassin était complètement rempli par le corps et les autres membres du fœtus. Une anse du cordon ombilical se présentait aussi au-dehors : il était flasque et sans pulsation. Les membranes s'étaient rompues depuis long-temps. L'eau de l'amnios s'était complètement écoulée. Le périnée était dans les conditions les plus favorables. La tumeur périnéale, déterminée par la pression du thorax du fœtus, se dessinait avec régularité. Le bassin, comme j'ai eu occasion de l'apprécier plus tard, était bien conformé et vaste. Les contractions utérines étaient si énergiques, si fréquentes, la résistance au passage de l'enfant était si grande et les cris de la femme si violens, que je redoutais à chaque instant une déchirure de la matrice, ou au moins une lacération du périnée. Sur-le-champ je lui fis administrer 150 gouttes de teinture d'opium pour suspendre la contraction et me donner la facilité d'introduire la main dans la matrice et de faire la version. Si cette opération ne pouvait pas être faite, je devais espérer une suspension de douleur, pour procéder sans danger à l'éviscération du fœtus. Mais cette espérance fut trompée; car les contractions acquirent plus de force et de fréquence. Une grande partie du thorax fut poussée au dehors. Je pus me convaincre que toute tentative pour introduire la main et réduire la partie qui se présentait serait sans succès, parce que les douleurs étaient actives et sans interruption, et parce que le bassin était complètement rempli par le corps du fœtus. La rupture de la matrice me paraissait imminente, et pour me mettre à l'abri de ce malheur, je devais avoir recours à l'éviscération, car la mort de l'enfant était certaine. Cependant, avant d'y procéder, je m'appliquai à soutenir le périnée avec la main gauche et j'introduisis avec peine deux doigts de la main droite dans le vagin pour reconnaître exactement la position de l'enfant. J'eus le bonheur de rencontrer ses deux pieds près de l'orifice extérieur, placés entre la partie inférieure du sacrum et l'ouverture vulvaire. D'après cette position des pieds, je pensai que les fesses correspondaient à la base du sacrum, ou à l'un des côtés de cet os, et que la tête regardait la paroi antérieure du bassin. J'attirai les pieds avec lenteur et par degrés, et je terminai enfin l'accouchement. Les pieds, les fesses, le corps, et plus tard la tête franchirent le bassin, comme dans une

présentation des pieds. Je n'eus pas besoin d'introduire la main et de faire rentrer le bras dans le vagin. Le périnée, malgré l'extension qu'il eut à supporter, se conserva tout entier. L'enfant, du sexe féminin, ne paraissait être mort que depuis peu de temps. Sa peau était saine; le bras gauche et la moitié du thorax étaient d'une couleur pourpre obscur. L'enfant avait dix-neuf pouces de longueur. La circonférence de la tête dans la partie la plus large, avait, du front à l'occiput, douze pouces. Son poids était de cinq livres et deux onces. La femme passa heureusement le temps des couches. (*Edinbourg medical and surgical Journal*, avril 1834.) Dans la *Lancette* de juin, *London*, 1833, on trouve la communication suivante, faite à la Société de médecine de Londres : M. Stephens rapporte, dit le journaliste, un exemple de présentation du bras, où les contractions, secondées par les tractions qu'il faisait sur le membre sorti, ont produit l'expulsion du fœtus. La tête était comme écrasée, les sutures affaissées, etc.; il avait plusieurs fois tenté de faire la version, mais tout avait été inutile. Les efforts d'expulsion continuèrent avec énergie jusqu'à la sortie du fœtus (1).

Rupture d'une tumeur variqueuse du vagin, au milieu du travail de l'enfantement. — Une femme, rapporte le D.r Steudel, âgée d'environ 30 ans, dont les grossesses et les couches antérieures n'avaient rien présenté d'extraordinaire, remarqua à la fin de sa troisième grossesse une tumeur molle sortant du vagin. La sage-femme fut appelée, et recommanda une saignée qui produisit du soulagement et non la disparition du mal. La tumeur continua de grossir; d'ailleurs la femme se portait bien et ne se plaignait jamais de douleurs. Durant le travail, au moment où la tête plongeait dans l'excavation, la tumeur se rompit, et laissa tout-à-coup s'échapper six à sept livres de sang. La malade s'évanouit aussitôt, devint froide aux extrémités et resta sans connaissance. Je fus mandé sur-le-champ, et me rendis auprès d'elle, accompagné d'un accoucheur. Tous nos efforts pour la faire revivre furent sans succès; la tumeur était vidée; sa cavité pouvait contenir le poing. Nous nous empressâmes d'appliquer le forceps, mais comme il glissait toujours, la version fut pratiquée. L'enfant qui vint au monde était mort et affecté d'un spina-bifida. (*Medizinisches Correspondenz-Blatt*, januar 1834, n° 1.)

Observation de vagissemens utérins; *par le docteur Kennedy*. — Le docteur Kennedy, appelé auprès d'une femme en couche le 2 décembre 1830, entendit très-distinctement, à la distance d'environ six pieds du lit, un vagissement faible et sourd, semblable à celui d'un fœtus né à sept mois. Ce bruit devint plus manifeste à mesure qu'il s'approcha de cette femme : il semblait évidemment provenir de l'abdomen de la malade. Pour s'en assurer, le docteur Kennedy appli-

(1) Voir *Archives gén. de Méd.*, série II.e, tome II, page 486.

que le stéthoscope, et il put entendre non seulement les cris, mais même la respiration laborieuse de l'enfant. Le toucher par le vagin fit reconnaître que la tête se présentait, mais qu'elle était encore élevée dans le bassin. Les parties n'étaient pas encore complètement dilatées, quoique les membranes fussent rompues et les eaux écoulées peu de temps auparavant. La femme ne fut délivrée que quatre heures après cette exploration, et pendant tout ce temps les élèves purent constater ce fait remarquable, qui peut donner lieu à des considérations médico-légales importantes. (*Observations on obstetric auscultation*, *by Evory Kennedy*, *M. D.* Dublin.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 18 mars. — Vaccine. — M. Moreau annonce que le docteur Huet-Desprès a opéré des vaccinations avec le pus de boutons développés à la suite d'une seconde vaccination, chez la dame dont il a parlé dans la séance dernière de l'Académie. Ces vaccinations ont réussi chez deux enfans au-dessous de deux ans, et chez une dame âgée de 25 ans, et qui avait été vaccinée avec succès à cinq ans. De ces faits, M. Huet-Desprès conclut que les secondes vaccinations réussissent, que le pus qui en provient donne naissance à de bonnes vaccines, que conséquemment le vaccin est identique dans les deux circonstances; que le vaccin depuis trente ans n'a rien perdu de son action, mais que chez les jeunes enfans une première vaccination n'est pas toujours suffisante pour les préserver de la variole. — M. Cornac cite l'observation d'un soldat de l'hôpital du Gros-Caillou, qui évidemment avait eu autrefois la variole, à ce point qu'il en offrait des cicatrices sur la figure, et chez lequel cependant une seconde vaccination a réussi. — M. Honoré cite le cas d'une femme qui, ayant eu la variole à l'âge de dix ans, est en ce moment atteinte de nouveau de cette maladie. — Sur la proposition de M. Marc, l'Académie décide que la communication et la discussion de ces faits et des faits analogues seront renvoyées à la commission de vaccine.

Vaccine. — Au nom de la commission de vaccine, M. Gerardin lit le rapport sur les vaccinations pratiquées en 1832. Malgré l'explosion et les ravages du choléra en 1832, la vaccine n'a pas été négligée pendant cette désastreuse année; le nombre des vaccinations effectuées en 54 départemens, a été de 362,884, c'est-à-dire, a surpassé de plus de 148,000 le chiffre des vaccinations de 1831. — Le service de la vaccine est complètement organisé dans le département des Ardennes; outre le comité central à Mézières, il en est de secondaires en chaque arrondissement. Ainsi le chiffre des vaccinations surpasse de 1256 ce-

lui de 1831 ; dans l'arrondissement de Rocroy, le nombre des vaccinations a surpassé celui des naissances. Dans le département de l'Aveyron, s'est distingué le docteur Laquerbe, à Severac, qui a effectué 1374 vaccinations sur une population répartie en 24 communes, dans un espace de plus de 36 lieues : ce médecin a vu à Saint-Geniez les vaccinés atteints de varioloïde, transmettre la variole à leurs frères et sœurs non vaccinés. — Dans la Charente, le nombre des vaccinations a été de 8,811, et a égalé les 4/5e des naissances. Des médecins ont été chargés d'aller examiner dans les communes les cicatrices que portaient les vaccinés, pour garantir la bonté de la vaccination. — L'état envoyé par le département de la Côte-d'Or contient le chiffre de la population de chaque arrondissement, le relevé des naissances, des mariages et des décès, et celui des vaccinations et varioles ; le nombre des vaccinations s'est élevé à 9/10e du chiffre des naissances. — Dans la Dordogne, le chiffre des vaccinations, qui était de 6,961 en 1831, n'a été que de 4,783 en 1832. Cette différence est attribuée à ce que l'allocation pour la vaccine a été abaissée de 4000 à 400 fr. Cela n'a pas influé sur le zèle du docteur Boissat, qui en 1832 a fourni plus de 500 verres chargés de virus vaccin. — Dans le Doubs, le nombre des naissances a été de 7,900, et celui des vaccinations a été de 8,908, c'est-à-dire, supérieur ; ainsi les médecins vaccinateurs de ce département, MM. Barey, Bizot, Flamand, Jouffroy et Pourcelot, ont arrêté dans leur marche des épidémies varioliques qui ont éclaté en plusieurs lieux. M. le rapporteur donne ici l'analyse d'un mémoire envoyé par M. Tueffard, de Montbelliard, sur la *vaccine et la variole des vaccinés*. Les conclusions de ce mémoire sont : que le temps affaiblit par degrés chez la plupart des vaccinés l'effet préservatif de la vaccine ; que la variole des vaccinés, ou *varioloïde*, donne aux non-vaccinés la *variole*, et par conséquent que son inoculation doit être sévèrement interdite ; enfin qu'on peut revacciner avec succès les anciens vaccinés. Par des expériences directes, M. Tueffard a prouvé que les vaccines secondaires complètes n'étaient pas une simple affection locale, mais pouvaient se transmettre régulières à des individus non vaccinés. — Le département de la Gironde est un de ceux où la vaccine est tombée dans le plus grand discrédit ; envain des vaccinateurs se sont transportés à jour et heure fixes dans les communes, ils n'ont pas eu à opérer ; aussi ce département n'a-t-il pas envoyé d'état. — Dans le département de l'Hérault, M. Demian croit avoir observé une influence exercée sur la marche de la vaccine, par la constitution atmosphérique et la succession des saisons ; l'humidité combinée, soit au froid, soit au chaud, ayant dominé, la marche de la vaccine a été généralement retardée ; le bouton ne s'est montré généralement qu'au sixième jour, et il fallait, pour y puiser du virus, attendre jusqu'au 12.e jour. — M. le rappor-

teur signale le département de l'Indre comme un de ceux où la vaccine est le plus pratiquée, et qui à ce titre n'a présenté aucuns cas de variole : dans celui de l'Isère, il mentionne : M. Benoit, qui a pratiqué à lui seul dans treize cantons, 3,366 vaccinations, et qui entretient à Grenoble un dépôt de vaccine où viennent puiser la Corse et la Savoie ; MM. Lerat et Ravanat qui, dans l'arrondissement de Saint-Marcellin, ont pratiqué 1,489 vaccinations dans le département du Jura ; il appelle les éloges de l'Académie sur M. Pyot, qui a envoyé un état de 703 vaccinations faites par lui dans 38 communes des montagnes du Jura, et sur M. Guyetant, qui a visité toutes les écoles du département pour vacciner ceux des élèves qui n'avaient pas été soumis à cette utile opération. — Le nombre des vaccinations dans le département de la Loire a dépassé de 346 celui des vaccinations faites en 1831 ; néanmoins la variole a désolé le pays ; mais les vaccinés ont été préservés, et chez six malades vaccinés peu de temps avant le développement de la variole, la maladie a été évidemment plus bénigne. — Le rapporteur répare un oubli fait en 1831, au préjudice de M. Girard, officier de santé à Saint-Ferréol, Haute-Loire ; dans le rapport de 1831, il n'avait pas été fait mention d'un état de 1,723 vaccinations faites dans la Haute-Loire par cet officier de santé. — Dans le département de Loir-et-Cher, M. Doin, chirurgien à Romorantin, a vu sur le pis d'une vache huit à dix boutons dont il recueillit le fluide sur des plaques de verre, et duquel il a obtenu ensuite, par l'inoculation sur l'homme, des vaccines régulières. — Dans le Loiret, M. Pellieux, médecin à Beaugency, a remarqué que dans la fin de 1831 et au commencement de 1832, la vaccine avait eu une marche beaucoup plus rapide et telle, que les pustules étaient au 7.ᵉ jour comme elles sont ordinairement au 8.ᵉ : il avait vacciné à la fin de l'automne et en hiver, tandis que les années précédentes il avait opéré au printemps : il y avait en même temps épidémie de variole, et très-peu de vaccinés en ont été atteints. M. Pellieux pense que cette aptitude de quelques vaccinés à prendre la variole tient à l'épidémie actuelle, et que dans les épidémies futures la vaccine se montrera aussi absolument préservative qu'elle l'avait paru jusqu'à ces dernières années. Dans le département de Lot-et-Garonne, M. Labesque, d'Agen, qui figure si honorablement dans tous les rapports annuels sur la vaccine, a pratiqué 2,813 vaccinations. — Le rapport envoyé en 1832 par le département de la Meurthe, est le vingt-huitième envoyé par le comité central de ce département ; le nombre des vaccinations a été cette année de 12,592, supérieur de plus de 1,600 à celui des naissances ; 346,000 vaccinations ont déjà été pratiquées dans la Meurthe depuis la découverte de la vaccine. — Le département des Pyrénées-Orientales est fréquemment attaqué de la variole, à cause de ses communications avec l'Espagne, et MM. les

docteurs Oliva, Parer, ont vu souvent des envois de vaccin parvenir à arrêter le mal. En mai et juin, le docteur Ollet a vu à Boule-d'Amon une épidémie de varioloïde qui a sévi, sauf deux exceptions, sur les enfans âgés de moins de dix ans; la maladie fut également bénigne chez tous, vaccinés ou non; et inoculée chez un vacciné, chez un variolé, et chez un individu qui n'avait eu ni la vaccine, ni la variole, elle s'est également développée dans les trois cas : M. Ollet en a conclu que la varioloïde est une maladie nouvelle, indépendante de la vaccine et de la variole. — Dans le département du Bas-Rhin, la vaccine est universellement pratiquée, par suite de l'organisation des médecins cantonnaux : elle l'est moins dans le Haut-Rhin, parce que les communes refusent de payer les indemnités qu'elles avaient votées dans l'origine pour les médecins cantonnaux. — Le nom du département de la Haute-Saône rappelle celui du docteur Nedey, qui depuis trente ans pratique la vaccine en ce département, et y a fait en 1832 2,943 vaccinations : la commission appelle sur cet honorable médecin les munificences du gouvernement : elle signale de même, dans le département de la Seine, M. Nauche; dans celui de Seine et Oise, M. le docteur Boucher. — Dans la Somme, les vaccinations se font dans les premiers mois de chaque année, et s'appliquent aux enfans nés dans le cours de l'année précédente : outre les indemnités annuelles données aux vaccinateurs, des primes consistant en instrumens de chirurgie leur sont données de cinq ans en cinq ans : aussi en 21 ans, le nombre des vaccinations s'est-il élevé dans la Somme à 186,504, et il n'y a eu que 5,932 individus atteints de la variole. Enfin, dans le département des Vosges, la présence du choléra a fait baisser le chiffre des vaccinations de 10,497, chiffre de 1831, à 6,901. Le rapport de la commission est terminé par les quatre conclusions suivantes : 1.° dans tous les départemens où la propagation de la vaccine est entretenue et encouragée, la variole a été rarement observée et facilement réprimée au moment de son apparition. 2.° La vaccine est toujours l'unique et infaillible moyen à opposer aux ravages des épidémies varioliques. 3.° Tous les vaccinateurs reconnaissent que le virus vaccin n'a éprouvé aucune altération par suite de ses transmissions successives. 4.° Plusieurs médecins ont rapporté des observations de varioles survenues chez des individus vaccinés et même variolés; mais tous ont observé, que dans ces cas très-rares, la variole avait toujours été modifiée d'une manière avantageuse et incontestable : la correspondance n'a pas offert en ces cas un seul exemple de terminaison funeste. 5.° De nombreuses revaccinations ont été pratiquées : elles n'ont servi en général qu'à constater l'efficacité de la première vaccination : lors même qu'elles ont réussi, leur utilité n'est point encore assez démontrée pour que l'Académie doive les recommander d'une manière spéciale.

Séance du 25 mars. — Luxation congéniale du fémur. — M. Breschet présente un malade affecté de cette maladie, jusqu'ici mal connue, et il a d'autant plus besoin de connaître l'opinion de l'Académie à son égard, qu'il est chargé d'examiner un mémoire de M. Humbert, de Morlaix, sur cette affection. M. Breschet dit que ces luxations se font dans la vie fœtale, et que les enfans les apportent en naissant. Elles tiennent à ce que la cavité cotyloïde, d'une part, et la tête et le col du fémur, de l'autre, manquent. Il ne conçoit pas, d'après cette cause de la maladie, qu'on puisse la guérir, comme prétend y être parvenu M. Humbert. Du manque des parties articulaires, il résulte : déformation des fesses écartées l'une de l'autre, surtout en haut; impossibilité au malade d'écarter les cuisses et de monter à cheval; la partie supérieure du fémur est remontée jusques près de la crête de l'os des îles, et roule là mobile sur une surface osseuse inégale. J. L. Petit a attribué cette maladie à de mauvaises manœuvres des accoucheurs, et d'autres à des maladresses des nourrices qui ont pu laisser tomber l'enfant dans son jeune âge. Mais il est évident que ces causes sont à tort invoquées, puisque le mal tient au non développement des surfaces articulaires, et sous ce rapport la connaissance précise de cette affection importe en médecine-légale. — M. Nacquart dit avoir vu avec M. Lisfranc une des malades traitées par M. Humbert; il a écrit pour savoir si la guérison a été obtenue. — M. Louyer-Villermay a vu un de ces cas pris par un orthopédiste distingué de Paris, pour une déviation du rachis.

Varicocèle. — M. Breschet présente une autre malade, guéri en moins d'un mois d'un varicocèle qui occupait le cordon spermatique et le scrotum, et qui, gros comme une pomme, figurait un paquet de sangsues ou de vers lombrics. (V. *Archives*, t. IV, 2.e sér., p. 357).

Staphyloraphie. — M. Aug. Bérard présente un malade qui avait une division du voile du palais, avec écartement des os palatins, et qu'il a guéri par l'opération de la staphyloraphie : le malade maintenant parle et exécute avec facilité les mouvemens de la déglutition. (*Voy.* cette observ. dans le numéro précédent.)

Philosophie et thérapeutique médicales. — M. Piorry, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Blouviez, du Pas-de-Calais, intitulé : *Quelques idées de philosophie médicale rapportées à la thérapeutique.* — M. Piorry signale surtout dans ce mémoire des expériences qu'a faites l'auteur sur lui-même, et desquelles il résulte qu'il a porté la dose d'extrait de belladone jusqu'à 60 grains en une seule fois, sans qu'il en résultât d'autres accidens que de la pesanteur de tête, de la somnolence et une dilatation des pupilles telle, qu'elle causait une sorte de cécité momentanée. Le reste du mémoire est une polémique fort longue contre les médecins dits *physiologistes*. Le rapporteur cherche à prouver, par divers exem-

ples, que les applications physiologiques ont plus éclairé la thérapeutique que l'empirisme pur; il conclut en proposant que le rapport de M. Plquviez soit déposé aux archives de l'Académie. Adopté.

BOUILLON DE LA COMPAGNIE HOLLANDAISE. — M. Gueneau de Mussy, au nom d'une commission, fait un rapport demandé par le ministre, sur la qualité du bouillon que fabrique et débite dans Paris la Compagnie dite *hollandaise*. La commission a visité l'établissement, qui est situé hors la barrière d'Enfer, et sans y être attendue. Pour obtenir, tout en se servant de marmites de grandes dimensions, une ébullition uniforme dans toute la masse liquide, modérée et soutenue au même degré pendant le temps nécessaire, la compagnie hollandaise avait d'abord employé le bain-marie; et une commission de l'Académie des sciences avait, en 1832, constaté les avantages de ce mode de fabrication. Mais la compagnie a encore perfectionné, et elle employe aujourd'hui le chauffage à la vapeur dans un appareil disposé de façon que 20 marmites fonctionnant à la fois, sont soumises chacune à une chaleur uniforme pendant toute la durée de l'opération, et cependant peuvent être différemment échauffées s'il en est besoin. Ainsi un seul homme surveille la fabrication de 2000 litres de bouillon dans 20 marmites, dans chacune desquelles l'ébullition est aussi régulièrement conduite que dans le pot-au-feu de ménage. La viande employée est celle du bœuf; l'animal, choisi de bonne qualité, est abattu dans l'établissement le jour même où il est mis dans les marmites; la viande employée ainsi toute fraîche, donne plus de saveur au bouillon; on la désosse, on la coupe en morceaux qu'on maintient avec de la ficelle, et on en met 90 livres dans chaque marmite avec 110 litres d'eau, pour avoir 100 litres de bouillon. Après que la première ébullition a fait former les écumes, et que celles-ci ont été enlevées, on met dans chaque marmite 2 livres 3 onces de sel, 20 livres environ de légumes, une certaine quantité d'oignons brûlés; on diminue l'afflux de la vapeur, de manière qu'il n'y ait plus qu'un léger bouillonnement; et celui-ci est maintenu six à sept heures, temps après lequel le bouillon est fait. Celui-ci est aussitôt versé dans des vases longs et peu profonds, qu'on porte dans un local disposé pour qu'il se réfroidisse promptement; et il est renfermé ensuite dans de grands vases de fer-blanc, à l'aide desquels il est transporté dans les dépôts, où il est vendu à raison de 40 centimes le litre. La viande est portée à ces mêmes dépôts, où elle est vendue à raison de 50 centimes la livres. La commission comparant le bouillon de la Compagnie hollandaise avec du bon bouillon préparé à ses yeux au Val-de-Grâce, a trouvé le premier plus riche en matières organiques, bien qu'on ait employé moins de viande pour sa confection. Le public en a jugé ainsi, car la Compagnie, qui, en 1828, ne faisait qu'un pot-au-feu de quelques kilogrammes, employe aujourd'hui chaque jour trois bœufs et

demi, pour approvisionner de 2 à 3000 litres de bouillon 26 dépôts. Le rapporteur insiste sur l'avantage que procure à la population de Paris une entreprise qui lui fournit ainsi à peu de frais du bon bouillon et de la bonne viande. Il se demande si l'administration des hôpitaux ne devrait pas instituer une fabrication analogue pour satisfaire à ses nombreux et divers établissemens, plutôt que de faire faire le bouillon dans chaque hôpital, ce qui oblige à n'employer à sa fabrication que la quantité de viande qui est consommée dans l'hôpital. Il termine en disant que la Compagnie hollandaise a tout droit à la confiance du public et à l'intérêt du gouvernement. Ce rapport est adopté et sera renvoyé au comité de publication.

Séance du 29 *mars*. — Urinal. — M. Thillaye fait un rapport sur de nouveaux urinals proposés, l'un par M. Micaud, corroyeur, rue Bourg-l'Abbé, n° 10, et l'autre par M. Gresling, coutelier, quai de la Cité, n° 33. Le premier de ces instrumens est en cuir imperméable et a à-peu-près la forme d'une poire à poudre : la commission le trouve bien inférieur à celui qu'a imaginé, il y a trente ans, M. Féburier, et qui, ayant plus de capacité sans être plus embarrassant, est construit en gomme élastique. L'urinal de M. Gresling est mieux entendu; il consiste en un réservoir aplati et recourbé de manière à pouvoir s'adapter à la convexité de la partie supérieure et interne de la cuisse; un autre appareil y conduit facilement l'urine et on peut le vider sans le déplacer. La commission conclut, que si cet urinal n'a pas encore toute la perfection désirable, il sera cependant utile en beaucoup de circonstances, et qu'il y a lieu à donner des encouragemens à son inventeur.

Carex de la France. *Mémoire de M. le docteur Degland, professeur de botanique à Rennes; rapport de M. Loiseleur-Deslonchamps.* — Le genre *carex* contient plus de 300 espèces, dont cent existent en France. Par une méthode qui lui est propre, M. Degland a classé avec beaucoup de clarté les 58 espèces de France, et a de plus fait connaître huit espèces nouvelles. La commission loue ce travail de M. Degland, travail aride, parce que les carex ont peu d'usage, mais qui justifie la réputation dont jouit comme botaniste ce professeur de Rennes; elle propose le dépôt du mémoire aux Archives, et l'inscription de M. Degland sur la liste des candidats aux places d'adjoints correspondans. — Adopté.

Instrument pour les polypes de la matrice et du vagin. — M. Capuron lit un rapport sur un nouvel instrument inventé par le D.r Lasserre, d'Agen, pour la ligature des polypes de ces parties. Cet instrument, que son inventeur dit supérieur à l'instrument de Levret, et au *porte-nœud* de Desault, et qu'il appelle *porte-ligature*, est composé de sept pièces, trois demi-gaînes, trois fixe-lache-lien et un serre-nœud plus commode que celui de Desault. Les demi-gaînes sont trois fou-

reaux en fer blanc ou d'argent, de dix pouces de longueur, l'une large d'un pouce, les deux autres moins larges d'un tiers : elles servent à conduire le lien jusqu'à la racine du polype ; alors on assemble les deux chefs de ce lien et on les engage dans les trous du serre-nœud. Le serre-nœud est alors porté dans la matrice, et la ligature est appliquée. M. Laserre cite deux observations dans lesquelles il a employé son instrument avec autant de facilité que de promptitude et d'utilité pour les malades. Le rapporteur reconnait que cet instrument est supérieur à tous ceux qui ont été inventés jusqu'à ce jour ; cependant il ne le croit pas applicable à tous les cas ; par exemple, quand le polype utérin est si gros, qu'il empêche le doigt indicateur de pénétrer dans le vagin et de préparer la voie aux demi-gaînes de l'instrument ; il y a risque alors de pincer le col de la matrice avec la ligature. Toutefois, il le considère comme un progrès dans l'art, et conclut à ce que M. Laserre soit inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondans. — Adopté.

Vaccine. — M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delacoux, concernant la vaccine et la variole. Ce médecin distingue deux espèces de vaccine, une qu'il appelle vaccine *dynamique* ou *humide*, c'est la bonne ; et une qu'il nomme *vaccine adynamique* ou *sèche*, c'est la mauvaise. La dernière n'est peut être qu'une vaccine arrêtée ; ce qui la caractérise surtout est l'absence de l'aréole inflammatoire ; elle ne donne pas naissance à l'autre, et *vice versa* ; et elle ne préservee pas de la variole. — M. Delacoux croit que la vaccine humide est d'autant plus préservative, qu'il y a plus de boutons, et des boutons plus gros et pour cela il vaccine en faisant, non une simple piqûre, mais une petite incision cruciale. Il pense qu'il faut prendre du vaccin, non au septième jour, mais plus tard, et quand l'inflammation est la plus vive possible. Il est sous ce rapport en opposition avec M. Bousquet, et avec le docteur Sacco de Milan, qui a vu le succès des vaccinations diminuer à mesure qu'on s'éloigne de la naissance des pustules. Enfin, M. Delacoux pense que la vaccine, en préservant de la variole, expose l'individu à d'autres maladies : considérant la variole, la rougeole comme des maladies inhérentes à la condition humaine, il ne croit pas que la nature puisse y renoncer sans compensation. Sans partager aucune de ces idées, le rapporteur donne des éloges au travail de M. Delacoux, et demande le dépôt de son mémoire aux Archives. — Adopté.

Séance du 1er avril. — Luxations congénitales du fémur. — M. Capuron revient sur cettte affection. M. Breschet, qui en a présenté un exemple dans la séance précédente, a dit que la cavité cotyloïde était presque toujours effacée. M. Capuron conteste qu'il en soit ainsi dans l'origine. Il cite le cas d'une jeune fille de 11 ans, affectée de cette maladie. Ayant consulté la mère sur les circonstances de l'ac-

couchement ; il apprit que l'enfant était venu en double par les fesses, et que la sage-femme avait exercé des tractions à l'aide de doigts introduits dans les aînes. Cette position et ces tractions n'ont-elles pas pu distendre et relâcher le ligament et la capsule articulaires, déplacer la tête de l'os. Le déplacement opéré, la cavité s'efface plus tôt ou plus tard. M. Capuron connaît une demoiselle de 28 ans, dont il a accouché la mère, et qui est venue au monde dans la même position. Sans avoir une luxation, elle marche en pivotant sur elle-même, précisément comme sa mère, qui, d'après les informations prises, serait également née de la même manière. — M. Breschet répond que ce qu'a dit M. Capuron peut avoir quelque chose de fondé, mais s'applique à des cas d'un autre genre que ceux dont il a parlé, dans lesquels il n'y a ni col du fémur, ni cavité, ou du moins dans lesquels ces parties sont à l'état rudimentaire. — M. Velpeau pense qu'il est difficile de distinguer la luxation congéniale de l'accidentelle, dans laquelle la tête de l'os diminue et la cavité s'efface après le déplacement. Quant aux luxations congéniales, l'essentiel serait de discerner la vraie cause. Celle qu'indique M. Capuron lui paraît très-plausible ; c'est un point à soumettre à l'observation. — M. Moreau est de ce sentiment. Toutefois la manœuvre indiquée par M. Capuron ne lui paraît pas une cause suffisante : il faut admettre une prédisposition toute spéciale. La marche singulière dont a parlé M. Capuron peut dépendre de la largeur du bassin et de la disproportion du fémur. M. Moreau connaît une femme qui est née par le siége et qui marche très-bien. — M. Breschet objecte que dans les luxations spontanées qui surviennent après la naissance, il y a des traces de cavité articulaire ; la tête de l'os est encore visible. C'est tout le contraire dans les luxations congéniales. — M. Velpeau répond que, dans les luxations congénitales, l'oblitération de la cavité est plus complète, mais que la différence n'est que dans le degré ; que du reste il serait nécessaire, pour établir le rapport de la luxation avec la présentation par les fesses, de constater si toutes les fois qu'il y a luxation, cette présentation a été observée. — Dans ce cas même, il faudrait reconnaître, dit M. Moreau, que cette circonstance ne serait pas la seule cause, car sur dix enfans qui ont des luxations congéniales, il y en a huit qui sont venus par la tête.

Rétraction permanente des doigts — M. Sanson lit, en son nom et celui de M. Breschet, un rapport sur un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la rétraction permanente des doigts*, par M. Goyrand, chirurgien à l'hôpital d'Aix. Cette rétraction, qu'il ne faut pas confondre avec la flexion permanente due à des cicatrices, à la paralysie des extenseurs, était attribuée au racourcissement des tendons fléchisseurs. M. Dupuytren découvrit qu'elle était produite par la rétraction de l'apoñévrose palmaire. Cependant dans un cas qui se présenta à

ce praticien, cette cause parut insuffisante. C'est sur les faits de ce genre que les recherches de M. Goyrand jettent de la lumière. Ce praticien a, en effet, constaté dans un cas, que la rétraction peut être opérée par des cordons fibreux qui, de l'aponévrose palmaire, vont s'attacher à la gaîne des tendons, aux bords des phalanges, et passent même au-devant des articulations phalangiennes. Ces brides sont-elles de nouvelle formation, comme le croit M. Goyrand, ou bien ont-elles leurs rudimens dans l'état normal, dont elle ne seraient que l'exagération ? Tel est le sentiment de MM. Breschet et Sanson, et qu'ils appuyent sur la disposition anatomique d'une main qu'ils ont disséqué et qu'ils mettent sous les yeux de l'Académie. En place de la section transversale de la peau et des brides que fait M. Dupuytren, et qui, par suite du redressement des doigts, laisse une plaie large dont la cicatrisation est fort longue, M. Goyrand propose de diviser longitudinalement les tégumens, puis de faire seulement en travers la section des brides. Cet auteur rapporte un cas dans lequel le pouce était le siége de la rétraction, qu'on croyait n'affecter que les autres doigts. Après une discussion à laquelle prennent part divers membres pour faire remarquer que la cause indiquée par MM. Dupuytren et Goyrand n'est pas la seule qui donne lieu à la rétraction des tendons, le mémoire de ce dernier, sur les conclusions du rapporteur, est renvoyé au comité de publication, et le nom de l'auteur inscrit sur la liste des candidats aux places de correspondans. Sur la proposition de M. Villermé, le rapport lui-même sera transmis au comité de publication.

Fièvres graves de Cayenne. — M. Louyer-Villermay fait un rapport sur un mémoire de M. Ségond sur ces fièvres, qui sont produites par l'action des miasmes des marais, et qui disparaissent ou diminuent à l'époque des pluies. — M. Villermé, pour confirmer ce qu'avance M. Ségond, rapporte qu'en 1816, année où les pluies furent très-abondantes, les départemens de France où ces fièvres sont très-communes, en furent presque complètement préservés. La même chose a été vue par M. Villermé sur les bords du Guadiana. — M. Rochoux relève ce qui a été avancé par M. Ségond dans son mémoire, où il prétend que le typhus amaril n'existe pas à Cayenne. — M. Girardin fait observer que M. Ségond parle de la Guyane. dont Cayenne n'est qu'une très-petite partie. — M. Sper affirme tenir de M. Lefort que la fièvre jaune ne se montre pas à la Guyane.

Séance du 5 avril. — Résection de la tête de l'humérus. — M. Gimelle lit un rapport sur une observation de résection de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, pratiquée par M. Lasserre neveu, chirurgien à Agen. Cette opération, nécessitée par des abcès du membre et de l'articulation scapulo-humérale, par la carie de la tête de l'humérus, fut exécutée par le procédé ordinaire. Elle eut un plein succès,

et la guérison marcha si rapidement, qu'au bout d'un mois le malade était en état de se promener et de sortir ; il avait entièrement recouvré les forces de son membre. Le rapporteur, tout en rendant justice au talent de l'opérateur, regrette l'absence de certains détails dans son observation ; par exemple la distance qui existe entre les deux os et les mouvemens auxquels le membre est borné ; ce qui serait d'autant plus intéressant à savoir, qu'on ne connaît qu'un seul fait du même genre, rapporté par Chaussier, dans lequel le mouvement d'élévation du bras ait été conservé. — M. Velpeau déclare ne pas bien saisir l'intérêt de cette communication. Suivant lui, on possède plus de cinquante cas de résection semblable. M. Sanson convient que les faits de résection de l'humérus sont assez fréquens. Cependant le cas communiqué par M. Lasserre lui paraît avoir de l'intérêt, en ce qu'il présente un exemple d'une guérison que l'on obtient rarement dans les affections chroniques.

Choléra de Paris. — M. Villermé lit une note sur les ravages du choléra dans les maisons garnies de Paris, depuis le 29 mars jusqu'au 1.er août 1832. Ce travail, dont les élémens ont été recueillis par l'administration de la police, a été inséré avec tous ses détails statistiques et ses descriptions topographiques, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine-légale*, avril 1834. Nous n'en donnerons ici que les conclusions. Il résulte des faits qui y sont consignés, que les ravages de la maladie ont été en raison des causes flagrantes d'insalubrité que les garnis des divers quartiers et arrondissemens de Paris présentaient, et de l'état de pauvreté, de misère de leurs habitans, surtout lorsque ces lieux servaient à la prostitution. — Une discussion peu importante s'élève à ce sujet.

Séance du 8. — Fièvre jaune. — M. Rochoux revient sur ce qui a été dit de la fièvre jaune, qui, suivant M. Ségond, n'existerait pas à Cayenne. Il prétend qu'elle y a régné en 1764, 1765, 1768, 1791, 1798, 1802, et même en 1809. L'épidémie de 1791 fut excessivement meurtrière, et en 1802, un général français en mourut. Cette fièvre est surtout redoutable pour les sujets non acclimatés. — M. Chervin appuie cette opinion. Etant à Cayenne, il entendit parler de l'épidémie de 1802. Il ajoute qu'on y a vu en 1820, une fièvre jaune très-dangereuse, et que rien n'est plus commun que de rencontrer des cas sporadiques de cette maladie. Cependant le climat de Cayenne est plus sain que celui des Antilles, quoiqu'on ait dit tout le contraire. J'y ai fait, dit M. Chervin, trente lieues à pied ; les militaires y exploitent des carrières ; choses qui ne seraient pas faites sans danger dans les îles. — M. Kéraudren dit qu'il y a incertitude sur le caractère des maladies qui ont régné à Cayenne, et auxquelles on a donné le nom de fièvre jaune. Après un séjour de 10 à 12 ans, le prédécesseur de M. Ségond avait la même opinion que lui. Cependant un

médecin prussien qui, a exercé à la Guyane, décrit, sous le nom de *fièvre bilieuse atrabilaire*, une fièvre de ce pays qui a tous les caractères de la fièvre jaune.

M. Guéneau-de-Mussy présente un nouveau rapport sur les pois à cautère de M. Frigério; rapport terminé par une conclusion favorable. L'académie, après une discussion assez vive, rejette le rapport et ses conclusions.

Séance du 15. — Effets de la codéine. — M. Barbier, d'Amiens, présent à la séance, donne de nouveaux détails sur les effets de la codéine, comparés avec ceux que produisent la morphine et les sels de cette base. Quatre plaies récentes de vésicatoires servirent à des applications endermiques. Il mit 4 grains de codéine sur la première, 2 grains de morphine pure sur une seconde, 2 grains d'acétate de morphine et autant de muriate de morphine sur deux autres individus. Pour la codéine : picotemens locaux qui cessèrent bientôt; aucun autre effet. Morphine : vertiges légers, pesanteur de tête, engourdissement pendant plusieurs heures. Sur les personnes soumises à l'action des sels, les phénomènes cérébraux furent très-prononcés : étourdissemens très-forts, engourdissement qui dura longtemps, vomissemens même. — Les effets de la codéine ne diffèrent pas moins de ceux de la morphine, quand on administre ces deux substances à l'intérieur. La codéine fait habituellement naître une douce chaleur qui du centre épigastrique se répand dans la poitrine et le ventre; puis vient le sommeil. Le sommeil de la codéine est différent de celui que provoquent la morphine et ses sels; il a lieu sans que l'encéphale paraisse avoir reçu la moindre impression : réveillés au milieu de leur sommeil, les malades qui ont pris de la codéine, sont gais, causeurs, ont une figure rosée, ouverte. Au contraire, les personnes qui sont sous l'influence de la morphine ont la tête lourde, les paupières pesantes; ils sont engourdis, se plaignent de vertiges. M. Barbier a souvent réussi à guérir des *maux d'estomac* avec la codéine; souvent aussi cette substance ne produisait pas de bien. La codéine ne réussit pas quand il y a un travail de phlogose et des ulcérations sur la membrane muqueuse gastrique. Il cite l'observation d'une femme qui depuis neuf semaines était tourmentée de douleurs, d'anxiété dans l'épigastre, qui arriva à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état d'accablement, avec plaintes, soupirs, pouls irrégulier, gêne pour respirer, vomissemens. La codéine la soulagea tout de suite, puis la rétablit en trois ou quatre jours. M. Barbier pourrait ajouter, dit-il, des observations assez nombreuses de guérison de cette affection des *plexus nerveux* de l'épigastre, qu'il propose de nommer *plecto-neuralgie*.

M. Cornac demande que les expériences de M. Barbier soient répétées. Il déclare qu'il a vu l'acétate de morphine appliqué à la dose d'un huitième de grain sur un cautère, déterminer des accidens très-

graves. — M. Emery l'a appliqué à la dose de 10, 16 et 20 grains sur la surface ulcérée d'un cancer, sans accident. Mais sur les plaies récentes, il n'en applique jamais que 1, 2 ou 3 grains. Il faut distinguer entre les plaies récentes et les plaies anciennes. A quoi M. Cornac répond que le cautère, dont il a parlé, datait de 3 ans.

ÉPIZOOTIES. — M. Dupuy lit un rapport sur un mémoire très-incomplet de MM. Boué, médecin, et Jouet, vétérinaire. Ces auteurs ne donnent aucun détail sur la maladie qu'ils disent charbonneuse. Ils se contentent de signaler l'insalubrité, la mauvaise disposition des habitations des animaux sur lesquels elle a sévi. A ce sujet, M. Dupuy rappelle l'intérêt qui doit s'attacher aux épizooties, dont l'académie doit s'occuper aussi bien que des épidémies. Beaucoup de mémoires sur les épizooties sont parvenues à divers ministères, sans que l'Académie en ait connaissance. Il propose qu'il soit écrit pour que ces mémoires soient transmis à l'Académie.

AFFECTIONS PRODUITES PAR LE TŒNIA. — M. Mérat fait un rapport sur diverses observations adressées à l'Académie par M. Goupil, médecin à Nemours. Il cite, entr'autres, l'observation d'un garçon boucher devenu épileptique, et qui rendait des anneaux de tœnia. Après l'administration de l'écorce de racine de grenadier, l'épilepsie disparut complétement et sans retour. La sœur de cet homme a une sorte d'affection convulsive du biceps et du deltoïde du bras droit, et rend aussi des anneaux de tœnia. M. Goupil rapporte l'observation curieuse d'une dame âgée aujourd'hui de 34 ans, qui jouissait d'une bonne santé, avait de l'embonpoint, quoiqu'elle éprouvât continuellement un prurit aux narines et par fois une diarrhée, etc. Depuis 6 ans, elle avait une petite toux sèche, suivie d'une expectoration muqueuse, suivie de vomissemens; les règles se supprimèrent, et en mars 1824, la malade était beaucoup amaigrie, perdait son appétit; sa toux, plus fréquente, était suivie de crachats abondans, fétides, et même d'hémoptysies à trois reprises différentes; la respiration devenait plus difficile, et le pouls donnait alors 130 pulsations. Des médecins de la capitale, consultés, déclarèrent la malade phthisique, et prescrivirent les moyens convenables en pareil cas. M. Goupil, ayant appris que la malade avait rendu un jour une portion de tœnia, donna la racine de grenadier, qui expulsa le ver; la malade se rétablit en peu de temps et reprit son premier état, qui ne s'est pas démenti depuis 10 ans.

FORMATION ET NATURE DES TUBERCULES. — Rapport de M. Breschet sur un mémoire de M. Kuhn, medecin à Niederbrunn, intitulé : *Recherches microscopiques sur la formation et la nature des tubercules chez l'homme et les crachats des phthisiques.* Ce mémoire qui, présente une histoire complète de la tuberculisation, peut se réduire aux propositions suivantes : 1° les granulations grises des poumons sont formées d'un tissu filamenteux qui est entouré d'un grand nombre de

globules albumineux et d'une mucosité épaisse ; 2° ces granulations ont une analogie frappante avec certaines productions du monde extérieur, appartenant à la classe de Némazoaires de M. Gaillon. Elles peuvent être considérées comme une production parasite, végétant aux dépens du poumon, dont elles menacent d'envahir la totalité, une fois qu'elles y ont pris naissance ; 3° elles peuvent dépérir en se convertissant en tubercules ; mais cette transformation n'a pas nécessairement lieu ; 4° dans le travail de la tuberculisation, le tissu filamenteux et les globules se rapprochent, s'agglomèrent et s'altèrent, pendant que le mucus qui les baignait disparaît ; 5° on retrouve les élémens de cette production parasite dans les crachats des phthisiques, et même quelquefois dans un plus bel état de développement. — M. Breschet propose l'envoi du mémoire de M. Kuhn au comité de publication, et la transcription du nom de l'auteur sur la liste de candidats au titre de correspondant. — La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Séance du 22. — Absorption endermique. — M. Robiquet revient sur ce qu'a dit M. Emery de la necessité de distinguer entre les anciens et les nouveaux ulcères relativement à la faculté très-diverse qu'ils ont d'absorber certains sels, tel que l'acétate de morphine. Cette différence ne peut-elle pas dépendre de celle qu'offrent dans leur nature les liquides qui les baignent. Par exemple, l'humeur qui suinte d'un vésicatoire tout récent est alcaline. Ne peut-elle pas avec le temps changer de caractère et dissoudre avec moins d'activité les substances salines qu'elle rencontre. — M. Breschet, sans rejetter cette explication, y en associerait une autre : dans les plaies récentes, les vaisseaux absorbans sont libres ; plus tard, les bouches de ces vaisseaux, ainsi que la surface de la plaie, se couvrent d'une pseudo-membrane qui les protège contre les corps extérieurs.

Formation des tubercules. — On passe à la discussion du rapport de M. Breschet, sur le mémoire de M. Kuhn. M. Rochoux pense que M. Kuhn n'a pas bien connu le commencement des granulations qui se transforment en tubercules. Il ne parle pas, en effet, de certains petits points rougeâtres, gélatineux, gros comme un quart de grain de millet, qui, séparés l'un de l'autre avec une lancette, présentent des filamens qui les lient entr'eux ; points qui sont d'abord transparens, perdent ensuite de leur transparence, et prennent enfin l'aspect des granulations telles qu'on les voit. — M. Rochoux s'engage à mettre quelques-uns de ces produits sous les yeux de l'Académie. Après une discussion de peu d'intérêt, le rapport et ses conclusions sont adoptées.

Séance du 29. — M. Rochoux revient sur le sujet précédent, en présentant une pièce d'anatomie, décolorée par son séjour dans l'alcool. Suivant lui, les tubercules dépendent de kystes, qui ne sont formés

ni par un liquide, ni par du sang, ni par la couenne inflammatoire ; qui échappent communément à cause de leur ténuité aux investigations anatomiques ; mais avec une attention soutenue, on les aperçoit surtout chez les phthisiques morts à la suite d'une autre maladie.

ACCOUCHEMENT AVEC PRÉSENTATION DU BRAS ; ÉVOLUTION SPONTANÉE DE L'ENFANT. — M. Velpeau appelle l'attention de l'Académie sur les cas de ce genre. On a dit depuis long-temps que l'accouchement pouvait se terminer alors sans secours étranger. Denman avait dit que l'enfant, tout en présentant le bras, peut sortir par le siège, M. Velpeau a été témoin d'un cas où l'enfant, dans la même condition, sortit par la tête, et les recherches qu'il a faites dans les auteurs lui ont fait trouver seize cas analogues. Mais la sortie par les fesses est beaucoup plus fréquente. On a donné diverses explications de ce fait. L'explication de M.me Lachapelle, qui diffère peu de celle de Denman, est généralement adoptée. On pense que dans ce cas la poitrine remonte dans le bassin, avec le bras, et fait place au siège ; c'est ce qu'on appelle l'*évolution*. Mais cette théorie a été attaquée. On observa en effet que le bras ne remontait pas comme on l'annonçait. M. Velpeau dit avoir vu, il y a huit jours, un cas tout-à-fait contraire à l'explication de Denman et de M.me Lachapelle, dont Douglas, en Angleterre, et M. Guillemot, en France, ont déjà contesté la justesse. Dans ce cas, le bras tout entier était hors de la vulve ; l'épaule même et une partie de la poitrine apparaissaient au dehors. Toutes les parties sorties étaient gonflées et livides. Des tentatives de version avaient été faites vainement. M. Velpeau ne fut pas plus heureux. Les douleurs utérines étant très-fortes, il pensa que l'évolution indiquée par M.me Lachapelle pourrait avoir lieu. Mais, au lieu de cela il vit descendre le ventre du fœtus d'abord, le bassin ensuite, sans que le bras remontât le moins du monde. La tête resta aussi dans le bassin, et l'accouchement se termina sans évolution. Un fait semblable s'est passé tout récemment dans l'un des hôpitaux de Paris, et il a eu pour témoin l'interne de service. M. Velpeau pense que les recueils d'observations fournissent une centaine d'exemples de ce mode de terminaison de l'accouchement, qu'il nomme *déroulement* du fœtus. Suivant lui, l'épaule étant arcboutée contre un des côtés du détroit inférieur, tandis que la tête appuie contre la cavité cotyloïde, l'action des efforts expulsifs se concentre sur les autres parties du fœtus restées seules mobiles : le thorax, qui se trouve le plus en bas, est le premier poussé dans l'excavation où il s'aplatit, puis vient l'abdomen et enfin le bassin qui se plie sur l'abdomen ; une fois le bassin sorti, le reste suit avec facilité. La conséquence à tirer de ces faits, serait peut-être que quand l'épaule est déjà à la vulve, il faudrait attendre et favoriser le déroulement, au lieu de chercher à faire la version qui est souvent impraticable et expose à

des déchirures de l'utérus. — M. Capuron conteste la conséquence générale tirée par M. Velpeau. Il pense que dans tous les cas où l'enfant est né, comme le décrit cet accoucheur, il était de petites dimensions et est venu constamment mort. Dans le cas où l'épaule est à la vulve, cas où la version est impossible, il faut donc se hâter de débarrasser la femme en tirant le fœtus. On n'a rien à gagner en attendant un déroulement spontané, qui peut être funeste à celle-ci. M. Moreau croit également que les fœtus venus par déroulement spontané étaient toujours des avortons ou des fœtus non développés et en état de putréfaction. Il ne faut donc pas faire un précepte de la temporisation en pareil cas. — M. Velpeau répond qu'on a eu tort de dire que les fœtus venus en double étaient toujours très-petits : c'est presque toujours qu'il aurait fallu dire. Denman et d'autres en ont vu de dimensions ordinaires. Il n'est pas vrai non plus de dire qu'aucun de ces enfans ne soit né vivant, quoique la chose soit rare. Denman rapporte des faits où l'enfant vivait. On en connaît quelques autres. M. Velpeau, du reste, montre qu'il y a moins de différence qu'il ne paraît entre ses contradicteurs et lui : il n'a conseillé, dans le cas où l'épaule est à la vulve, la temporisation, que d'une manière dubitative, et en supposant qu'il y ait tendance à l'évolution spontanée. Dans les autres conditions, il pense aussi qu'il faut, sans tarder, morceler le fœtus, et ne point faire de tentatives inutiles et dangereuses de version.

Carcinome du sinus maxillaire. — M. Blandin présente une femme âgée de 52 ans, à laquelle il a enlevé un carcinome très-volumineux qui avait envahi le sinus maxillaire et toute la voûte palatine du côté gauche jusqu'à la ligne médiane. La nature et l'étendue de la maladie exigèrent l'ablation complète de l'os maxillaire supérieur et du palatin. L'opération a exigé l'action combinée de la scie, de la gouge et des ciseaux. M. Blandin n'a mis en usage la gouge et le maillet que pour diviser la cloison orbito-nasale, la voûte palatine et l'apophyse ptérigoïde.

VARIÉTÉS.

Concours à la Faculté de Médecine de Paris.

Le concours de clinique d'accouchement s'est terminé vers le milieu de ce mois. M. Paul Dubois a été proclamé professeur à la majorité de huit voix sur douze. Dans ce concours il y avait d'avantageux pour la Faculté, mais d'embarrassant pour le jury, que l'on ne pouvait qu'applaudir à la nomination, quel que fût celui des deux principaux

compétiteurs qui dût être nommé (car si MM. Colombe et Bazignan se sont acquis de nombreux titres d'estime, il était évident, par les antécédens et les épreuves, que le débat au sein du jury ne pouvait avoir lieu qu'entre MM. Velpeau et P. Dubois.) Leçons brillantes, thèses bien faites, argumentations solides, se trouvaient peut-être également du côté de chacun de ces deux concurrens. Jamais dans aucun des nombreux concours où il a paru, M. Velpeau n'avait montré plus de facilité d'élocution, plus de netteté et de verve dans son exposition; jamais il n'avait mieux su (talent rare et nécessaire chez un professeur), circonscrire le sujet de ses leçons. Nous ne doutons pas que, dans un concours pour une chaire théorique, la longue carrière d'enseignement parcourue par M. Velpeau, ses travaux nombreux, n'eussent fait pencher la balance en sa faveur. M. Velpeau, nous l'espérons, ne saurait long-temps échapper à la Faculté. Mais avec une égale intelligence des points théoriques de la science, un égal talent pour l'exposer, M. P. Dubois a paru posséder des connaissances pratiques plus spéciales, acquises par une longue fréquentation d'un hôpital clinique d'accouchement, l'hospice de la Maternité, dont M. P. Dubois est chirurgien-accoucheur en chef depuis dix ans. Ce sont, sans doute, ces dernières considérations qui ont décidé la majorité du jury dans un concours de clinique. Nous concevons que le jury ait été partagé entre les deux concurrens pour lesquels plaidaient des circonstances de nature diverse et ayant plus ou moins de poids pour telles ou telles personnes. Mais si en ce sens, nous eussions approuvé la nomination de M. Velpeau, il y aurait plus que de l'injustice à contester la convenance de celle de M. Dubois. Ce médecin a dépassé dans ce concours l'idée que ceux qui le connaissaient le plus particulièrement pouvaient se faire de sa capacité, et promet à la Faculté un de ses plus brillans et de ses plus judicieux professeurs. M. P. Dubois n'a pas eu seulement à triompher d'un compétiteur redoutable; il a eu à vaincre des préventions extérieures que l'héritage d'un nom célèbre avait accumulées contre lui, et qui n'avaient pas épargné le jury lui-même. Sans doute M. P. Dubois devait trouver de puissans amis dans la Faculté qui avait compté long-temps son père au nombre de ses plus illustres membres. Mais ceux qui ont exploité ces circonstances contre M. P. Dubois, ont-ils aussi tenu compte de l'opposition de parti pris, de certaines antipathies qu'il trouvait dans le jury?

— Un concours de clinique chirurgicale pour la place de M. Boyer, va s'ouvrir prochainement. Les concurrens inscrits sont MM. Sanson aîné, Blandin, Lisfranc, Guerbois, Thierry, Lepelletier, Dubled, Bérard jeune, Laugier et Velpeau.

Nouvelles pièces d'anatomie artificielle, de M. Ameline, *professeur.* (*Extrait d'un Rapport fait par M.* Lebidois *fils, à la Société de Médecine de Caen*).

La Société a nommé une commission pour lui faire un rapport sur de nouvelles pièces anatomiques de M. Ameline. Cette commission composée de MM. Raisin, de la Vauterie, Durand, Lafosse et moi, s'est réunie samedi dernier dans le cabinet d'anatomie de notre collègue où les objets dont il s'agit ont été soumis à notre examen.

D'abord nous observons qu'il s'agit moins à cette occasion d'un genre nouveau de pièces anatomiques artificielles, que d'un perfectionnement apporté aux anciennes dans le but d'augmenter leur utilité. Au reste voici en quoi consiste ce perfectionnement. Chacun sait combien il est important pour le chirurgien, dont l'instrument doit pénétrer dans la profondeur des parties vivantes, de connaître exactement les rapports de divers points de la surface extérieure du corps avec les organes cachés dans cette profondeur. Pénétré de cette vérité, M. Ameline a imaginé, pour obvier à l'opacité des tissus, et rendre facile la perception des rapports des parties profondes avec les parties superficielles, de pratiquer dans celles-ci, et surtout dans les muscles, de larges ouvertures qui, pouvant s'oblitérer au besoin par des pièces de rapport, n'empêchent pas les organes de s'offrir si on le veut dans leur état d'intégrité. Par ce moyen on voit et on étudie avec facilité la disposition des organes profonds sans détruire en rien leurs relations avec les tissus qui les recouvrent. C'est ainsi que nous avons vu successivement aux régions sous-claviculaire, axillaire, scapulaire postérieure, fessière, inguinale, jambière antérieure, postérieure, etc., les muscles qui occupent ces régions percés d'ouvertures à travers lesquels l'œil plonge jusqu'aux parties osseuses, et saisit avec facilité les rapports des vaisseaux, des nerfs, des muscles, des os, soit entre eux, soit avec les parties superficielles. D'abord, dans le même but, M. Ameline s'était contenté d'indiquer les différens muscles par des bandes et cordons en carton, correspondans aux bords et à l'insertion des muscles. Il en résultait, sans doute, une très-grande facilité d'apercevoir tous les détails intérieurs, mais cet avantage était contre-balancé par une certaine confusion due à la multitude des cordons et des bandelettes entrecroisés. En outre les notions de l'épaisseur des parties musculaires, notions indispensables pour le chirurgien, ne pouvait aucunement être fournie par ces copies de lignes cartonnées sans épaisseur. Pour remédier à cet inconvénient, M. Ameline confectionne maintenant chaque muscle tel qu'il doit se trouver pour représenter fidèlement l'objet naturel, c'est-à-dire que la forme et toutes les dimensions sont soigneusement conservées ; puis dans ce muscle complet est pratiquée l'ouverture qui mettra à découvert les parties sous-jacentes, de sorte que les bords de cette ouverture in-

diquent avec précision, par leur épaisseur, le degré de profondeur des organes que l'on examine.

Tels sont, Messieurs, les perfectionnemens que la sagacité et la persévérance de M. Ameline lui ont suggérés. Votre commission les a vus avec intérêt comme tous les travaux de ce professeur, et elle s'est convaincue qu'ils ajoutent un nouveau degré d'utilité aux pièces artificielles en carton dont il est l'inventeur.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'anatomie, ou Description succincte des organes et des élémens organiques qui composent le corps humain; par A. L. J. Bayle, *D. M.* 4.ᵉ *édit. Paris*, 1833; *in*-12. *Chez Deville-Cavellin.*

Les auteurs de manuels en France, ont en général pour prétention dominante, de produire des œuvres spécialement élémentaires. Si quelques-uns soutiennent pleinement cette prétention, combien, sous ce spécieux prétexte, ne présentent en réalité à celui qui débute dans les sciences, que des notions tronquées dont le vague compromet trop souvent l'avenir entier des études les plus graves. Ce fait, que l'expérience de chaque jour constate, trouve son explication le plus ordinairement dans la nature même des matières qui ne peut se prêter au cercle étroit dans lequel on voudrait les circonscrire.

L'anatomie nous paraît être particulièrement de cette nature réfractaire à la constitution des manuels dits élémentaires. Science toute de détails et de détails matériels, qu'il faut voir et toucher sous toutes leurs faces, dans tous leurs rapports, ses élémens ne peuvent se séparer de ces détails, et rigoureusement parlant, le livre le plus minutieusement exact dans leur exposition, est réellement aussi le plus élémentaire.

Ce ne sont point toutefois des réflexions de ce genre qui ont inspiré à M. Bayle le titre nouveau et la forme inusitée sous lesquels il nous offre cette fois son œuvre anatomique. Plus que jamais, M. Bayle tient à son manuel, et la faveur du public lui semble décidément avoir proclamé son excellence. Nous ne partageons point l'enthousiasme de M. Bayle, et sans rechercher ici les interprétations variées qu'on pourrait peut-être trouver à son succès, nous dirons franchement que son livre, même avec les additions dont il l'a grossi, nous semble, au contraire, ne devoir jamais remplir, comme livre élémentaire, les conditions de son titre.

Dès l'abord, M. Bayle oublie qu'il s'adresse à des débutans dans l'étude de l'anatomie. C'est parce que la méthode topographique généralement usitée ne favorise que les dissections, que M. Bayle la répudie,

et qu'il préfère la méthode physiologique qui ne sépare point des organes liés par le concours de leurs fonctions. Mais l'élève placé pour la première fois en présence d'un cadavre, est-il capable de saisir ces connexions fonctionnelles qui constituent les organes en appareils? Voit-il et peut-il voir autre chose que des rapports de situation, et la méthode qui guide le plus sûrement ses recherches dans ce sens, en dirigeant son scalpel, n'est-elle pas rationnellement la meilleure ?

Du reste, c'est principalement dans les détails et par l'esprit de leur rédaction, que M. Bayle paraît s'éloigner du but qu'il se propose. Si la concision est un mérite essentiel dans un livre élémentaire, est-il permis, en visant à cette qualité, de glisser sur les objets, au point de ne faire ressortir aucun trait fondamental ? Est-ce fournir des *élémens* à celui qui veut se livrer à une science, que de lui énumérer hâtivement les parties qui la composent, et de confondre tout dans un ensemble sans reliefs et sans précision ? Ce défaut, qui devient capital dans un ouvrage d'anatomie dont les élémens sont en même temps ceux de toutes les autres études médicales, ressort par tout, à nos yeux, dans le traité de M. Bayle. Nous avons surtout été frappé de la brusquerie avec laquelle les descriptions sont franchies, en parcourant la myologie, l'angiologie et la névrologie. Tout est dit sur un muscle, quand sa situation et ses attaches ayant été *à-peu-près* indiquées, on a noté rapidement les parties environnantes, et mentionné qu'*il est charnu au milieu*, *tendineux* ou *aponévrotique à ses extrémités* Nul rapport nettement déterminé par la délimitation des faces ou des bords, nul égard à la texture quelquefois si compliquée et si importante à connaître, non-seulement sous le rapport des usages du muscle et de l'énergie de sa contraction, mais parfois sous celui même de sa disposition topographique. Suffira-t-il, par exemple, à l'élève d'apprendre que les muscles larges de l'abdomen sont *charnus au milieu* et *aponévrotiques à leurs extrémités ?* L'arrangement réciproque des lames de l'aponévrose abdominale, leurs divisions en feuillets plus ou moins nombreux, sont-ce là des notions inutiles pour apprécier leurs différens modes d'insertion, pour comprendre la gaîne des muscles droits, celle des muscles des gouttières vertébrales, du carré lombaire, le canal inguinal, le crural, etc. ?

S'agit-il maintenant d'artères, des veines, de nerfs, M. Bayle, dans son empressement, prend en quelque sorte à tâche d'enlever successivement les organes, afin qu'ils masquent moins long-temps les branches et les rameaux. Toujours même indifférence pour les rapports de situation. Il nous serait également facile de démontrer en bien d'autres points la rapidité excessive du narré de M. Bayle, notamment à propos de la description des viscères, éparse çà et là en tête des appareils établis par l'auteur, et qui se borne presque toujours à une analyse stricte et sèche des caractères anatomiques, sans insistance spéciale sur aucun d'eux. Nous pourrions enfin signaler non plus

seulement des défauts, mais de veritables erreurs qui se sont glissées, en assez bon nombre, dans le livre de M. Bayle; mais nous aimons mieux les rejeter sur le compte de la typographie.

En somme, M. Bayle n'entend point, comme nous, l'enseignement élémentaire. Cet enseignement doit être avant tout positif et complet; court, si cela se peut; long, si la matière l'exige; nous ne concevons point de moule commun, d'où il puisse sortir sous un volume toujours le même. Dans l'espèce qui nous occupe, ce n'était point seulement en ajoutant quelqu'épaisseur à son Manuel, en pressant à ses entours des définitions tronquées d'anatomie générale, quelques notes d'une physiologie surannée, une nomenclature stérile d'os et de pièces en cire que renferment les armoires de la Faculté, le tout soutenu par un pan soustrait à l'ouvrage de Boyer, mais bien par une refonte totale de ce Manuel même, revu, soigneusement corrigé, et considérablement augmenté dans sa propre substance, que M. Bayle pouvait témoigner convenablement au public tout le prix qu'il attache à sa faveur. HOURMANN.

Des fièvres intermittentes et continues; par RAYMOND FAURE, *D. M., etc. Paris et Montpellier.* 1833. *In*-8.°

Il y a dans cet ouvrage deux choses bien distinctes : 1.° les faits; 2.° la théorie. Tout ce qui appartient à la première division est plein d'intérêt. Les faits ont été recueillis avec beaucoup de soin dans des pays très-éloignés les uns des autres, sous une latitude très-différente de la nôtre. On ne saurait trop louer M. Faure de les avoir répandus par la voie de la publication. Quant à la partie théorique de l'ouvrage, nous y voyons renverser avec la plus grande facilité, comme il arrive toujours, les théories proposées jusqu'à ce jour pour expliquer les fièvres intermittentes. Mais nous y voyons proposer, comme il arrive presque toujours aussi, une nouvelle théorie qui ne soutiendra pas plus victorieusement sans doute les attaques qu'elle est destinée à recevoir.

M. Faure attribue la *calorification* au système nerveux dont elle est une des grandes fonctions conservatrices. L'organisme possède ainsi de grandes ressources pour entretenir la chaleur animale à un degré suffisamment élevé; mais il n'en est point ainsi quand le refroidissement est nécessaire. Il résulte delà que l'influence d'une forte chaleur solaire doit être extrêmement pernicieuse. Cette influence suffit pour faire développer des fièvres intermittentes très-graves dans des pays où ces fièvres ne peuvent être causées ni par des excès, ni par des émanations marécageuses. Les faits cités par l'auteur sont donnés à l'appui de cette doctrine.

On peut bien en conclure avec lui que les excès et les émanations marécageuses ne suffisent pas pour rendre compte de ces fièvres, et que l'influence de la chaleur solaire doit être prise en considération. Mais bien que, dans dix-neuf cas sur vingt, les accès de fièvres intermittentes qui ont lieu dans les pays chauds commencent pendant le jour, bien qu'il semble à l'auteur que le retour du soleil, et surtout son élévation sur l'horizon provoque leur apparition, cependant on ne peut point trouver dans ces circonstances une explication satisfaisante de la périodicité des fièvres intermittentes en général; tout au plus pourrait-on ainsi expliquer celle des fièvres intermittentes quotidiennes.

Nous avons dit plus haut sous quel rapport nous croyons devoir donner des éloges à l'ouvrage de M. Faure, et nous ne craignons

point d'y revenir. En publiant des faits observés avec talent dans des climats éloignés, il a rendu un véritable service à la science, qui ne pourra se constituer définitivement que lorsque les études pathogéniques auront été faites sur tous les points du globe.

Nous attendons la seconde partie de son travail (*fièvres continues*), avec le désir et l'espoir d'y trouver un grand nombre d'observations aussi intéressantes que celles qui occupent une place trop peu considérable dans la première partie.

Pathologie de l'estomac, des intestins et du péritoine, éclairée par l'observation et le raisonnement physiologique; avec des vues nouvelles sur les flux, les hémorrhagies spontanées, etc.; par C. B. Chardon, *docteur en médecine, membre-correspondant de plusieurs Sociétés de Médecine. 2 vol. in-8.° 1832 et 1833.*

Cet ouvrage peut être considéré comme une longue apologie de la doctrine de l'irritation. On y trouve les idées du chef de cette doctrine, à tel point que quiconque connaît les ouvrages et a entendu les leçons de ce professeur, sait d'avance, à peu de chose près, tout ce qui est contenu dans les deux volumes de M. Chardon. Son ouvrage aurait dû paraître il y a dix ou quinze ans, parce qu'alors, s'ils n'avaient été nouveaux, au moins n'auraient-ils pas été arriérés d'une manière si remarquable. Il semble que l'auteur, ayant des idées irrévocablement arrêtées sur le physiologisme, se soit livré à la pratique et à l'observation avec cette doctrine imprimée d'avance dans son esprit, et qu'il soit resté étranger au mouvement de la science pendant ces dix dernières années. Irritation, inflammation aiguë et chronique, ab-irritation; voilà pour lui toute la pathologie. Cependant les affections qui ont été désignées sous les noms de fièvres muqueuses, fièvres adynamiques, etc., lui ont sans doute offert quelques difficultés; car tout en les considérant comme des gastro-entérites, il admet que ce sont des gastro-entérites présentant un caractère particulier, et que cette différence est due aux prédispositions de l'organisme entier, et particulièrement des voies digestives. M. Chardon distingue avec beaucoup de soin l'irritation ou l'inflammation des diverses membranes du canal alimentaire, considérées isolément, ce qui donne lieu aux dénominations suivantes : gastrite ou inflammation de la tunique muqueuse, gastrodynie ou inflammation de la musculeuse, et enfin gastrite péritonéale. La même division existe pour les intestins, et nous avons la gastro-entérite, la gastro-entérodynie, etc. D'après ce qui précède, on s'attend à de longs et importans détails d'anatomie pathologique, et l'on a droit de s'étonner de voir que cette partie est reléguée dans un petit nombre de pages, et qu'au lieu de chercher à démontrer par des autopsies cadavériques la justesse de ses distinctions minutieuses qui ne sont peut-être pas sans fondement, l'auteur s'est borné à réunir, sans application, un certain nombre de notions générales sur les lésions anatomiques que l'on trouve le plus souvent dans la *gastrite* et la *gastro-entérite*, etc. D'ailleurs il n'y a rien de nouveau dans cette manière de considérer les diverses tuniques du canal alimentaire, sous le point de vue pathologique. On trouve cette idée dans l'anatomie générale de Bichat, (*édit. de* 1818; v. I, p. 41), elle a été développée par M. Broussais, et poussée plus loin que M. Chardon lui-même par des pathologistes célèbres. M. Chardon s'élève fortement contre un traitement exclusivement antiphlogistique ; il veut qu'on lui associe les révulsifs.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1834.

De l'emploi des purgatifs dans les maladies aiguës ou chroniques (observations recueillies dans le service de M. le professeur* ANDRAL*), par* MAX. SIMON*, D. M. P.

La matière médicale ne contient point de médicamens qui aient été d'un usage plus fréquent que les purgatifs : jusqu'à nos jours bien des théories déjà se sont succédées sur le terrain mouvant de la science, mais aucune d'elle, quelque vive que fût la réaction déployée contre celle qu'elle aspirait à déplacer, ne s'était hasardée à proscrire toute une classe de médicamens auxquels il semblait que l'expérience accumulée de plusieurs siècles avait donné une sanction de quelque poids. M. Broussais est, parmi les auteurs systématiques, le premier qui, biffant tout un passé, et prétendant à refaire la science de toutes pièces avec les seules données de son observation, ait presque complètement banni de la thérapeutique les agens purgatifs. D'après la manière dont nous comprenons le développement d'une science quelconque, il nous suffirait de cette brusque exclusion d'un élément comme celui-ci, fourni par une observation si laborieuse, pour refuser notre assentiment complet à la doctrine physiologique. Nous savons que cette manière de raisonner, bonne au temps de Descartes et de Leibnitz, est passée de mode dans notre siècle mathéma-

ticien, où tout, jusqu'à la psychologie, tend à rentrer dans le système des poids et mesures. Aussi bien, abandonnons-là cette idée pour valoir ce qu'elle pourra : l'objet de ce mémoire n'est point d'ailleurs de juger la théorie dont nous venons de dire un mot; assez d'autres l'ont fait : notre but unique est l'appréciation de la valeur thérapeutique des purgatifs en pathologie, et nous nous hâtons d'en venir à notre sujet. Plusieurs travaux déjà ont été faits sur ce point, mais dans quelques-uns on n'a embrassé qu'une partie de la question, et nous pensons qu'on peut traiter celle-ci d'une manière plus complète. Dans quelques autres, comme dans le livre du docteur Hamilton, les recherches ont été dirigées d'après un plan plus large; mais les maladies y sont mal définies, et si l'on peut en tirer quelques conséquences générales, celles-ci seront d'une application difficile, car on ne sera guidé que par une analogie incertaine. Nous prétendons faire mieux, et nous basons notre prétention sur le sentiment que nous avons de l'excellence de la source à laquelle nous puiserons les matériaux de ce travail. Cette source est la clinique de M. Andral. Elève de ce professeur, nous avons fait effort pour nous pénétrer de sa manière de philosopher, parce qu'elle nous a paru la meilleure; c'est d'après cette méthode, dans laquelle l'observation se tient toujours en dehors du système, laisse aux faits leurs coudées franches, ne leur souffle point ce qu'ils doivent dire, que nous nous proposons de faire ce travail.

Nous commencerons par signaler quelques résultats de l'action physiologique des purgatifs sur divers appareils, et qui tout d'abord nous serviront à établir que, dans beaucoup de maladies aiguës ou chroniques, on peut avoir recours à l'emploi de ces agens sans faire courir le moindre risque aux malades auxquels on les administre : voyons d'abord l'effet qu'ils produisent sur l'appareil avec lesquels ils sont mis en contact, c'est-à-dire, l'appareil digestif, et nous pourrons, d'après cette simple donnée, pressentir

déjà l'intensité des effets secondaires ou de réaction qu'ils développent dans les autres systèmes d'organes. L'exposition des faits que nous avons à rapporter sera un peu sèche, mais les résultats auxquels ils nous conduiront nous semblent assez importans pour que nous devions les bien dessiner.

1.er *Fait.* — Une femme atteinte d'hyperthrophie du cœur, prend le 8 une bouteille d'eau de Sedlitz, par verre, d'heure en heure. Pendant les douze heures qui suivent cette prescription, la malade a sept selles liquides assez abondantes. Le 9, la langue est large, humide, sans enduit aucun; point de soif, anorexie; l'épigastre et le reste du ventre, souples, sont exempts de toute douleur, même à une pression assez fortement exercée. Le 10, une selle solide. Le 11, 2 selles liquides encore; du reste, si bon état, que la malade sort.

2.e *Fait.* — Marie Dieudonné est atteinte de douleurs abdominales très-vives : on fait appliquer 30 sangsues sur l'abdomen, et en même temps on cherche à vider les intestins par le moyen de deux onces d'huile de ricin, qu'on prescrit dans deux tasses de bouillon aux herbes. Ici encore nous voyons l'effet purgatif se prolonger pendant deux ou trois jours, mais ce n'est qu'un flux séro-bilieux peu abondant, dont la nature non-inflammatoire nous paraît suffisamment prouvée par l'absence de tout symptôme de réaction locale ou générale.

3.e *Fait.* — Un charretier est atteint d'une bronchite chronique qui remonte à de longues années; les voies digestives sont dans un état complètement normal; une pinte de bouillon aux herbes avec une once de sulfate de soude et demi-grain de tartre stibié, lui est prescrite le 5. — Le 6, nous notons que le malade a eu dix selles sans la moindre colique; la langue est blanche et humide; il n'y a point de soif, point de sécheresse à la bouche; la pression ne développe aucune sensibilité irrégulière à l'épigastre; le reste

du ventre est souple et indolent. — Le 7, le malade sort. Il n'a point eu de garde-robe durant le dernier nyctéméron; rien d'insolite d'ailleurs n'existe du côté des voies digestives.

4.° *Fait.* — Bronchite générale, emphysème pulmonaire. Le purgatif précédent, qui est celui que M. Andral administre le plus ordinairement, provoque sept selles sans coliques; un vomissement a lieu après l'injection du second verre: aucune nausée ne l'a précédé. Le lendemain 7, nous trouvons la langue dans l'état le plus complètement naturel; l'abdomen peut être pressé impunément dans tous ses points. — Le 8, une seule selle sans coliques. (Une bouteille d'eau de Sedlitz). Le malade a eu huit selles fort abondantes, sans colique aucune, mais avec dégagement considérable de gaz. Le 9, une selle liquide; point d'autre symptôme d'excitation du côté du tube intestinal. Le 10, une selle solide.

5.° *Fait.* — Une femme de 28 ans présente les symptômes d'un embarras gastrique fébrile. Deux grains d'émétique lui sont prescrits le 2. Elle a plusieurs vomissemens de matières jaunes, amères, et deux selles liquides. Le 3, symptômes complètement négatifs du côté des voies digestives.

6.° *Fait.* — Amygdalite très-intense, fièvre. Le 13, deux grains d'émétique, deux vomissemens et 3 selles liquides abondantes. Le 14, le seul signe que nous observions en examinant la muqueuse gastro-intestinale dans toute son étendue, est un peu de sécheresse de la langue; ni nausées, ni douleur épigastrique ou abdominale.

7.° *Fait.* — Hémiplégie incomplète à la suite d'une attaque d'apoplexie. — Révulsion sur le tube intestinal au moyen du purgatif ordinaire. Dix selles sont obtenues, bien que le malade n'ait point pris celui-ci en entier. Le lendemain, silence complet de la muqueuse digestive. Le surlendemain, le malade mange la demi-portion, sans rien éprou-

ver qui indique la plus légère irritation de l'appareil qui, deux jours auparavant, avait été en contact avec le liquide purgatif.

8.° *Fait.* — Hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités. — Après une saignée qui n'amène aucun changement dans l'état du malade, le 2 on prescrit douze grains de calomel ; quatre selles liquides ont lieu. Le 3, l'examen le plus attentif ne saurait faire soupçonner que la veille la muqueuse gastro-instestinale a été stimulée. On prescrit un pot d'eau d'orge contenant en dissolution, sulfate de soude ℥j, et tartre stibié demi-gr. — Le 4, le malade accuse sept selles liquides abondantes, et tout-à-fait exemptes de coliques. La langue est large, humide, sans le plus léger pointillé ; l'appétit est développé ; il n'y a point de soif. L'épigastre et le ventre sont insensibles à la pression, de quelque manière qu'elle soit exercée. Le 5, trois selles demi-liquides, sans coliques ; ventre indolent.

9.° *Fait.* — Laryngite chronique. — On tente la révulsion sur le tube digestif au moyen de deux gouttes d'huile de croton tiglium. — Cette observation nous paraît très-propre à mettre en saillie le fait que nous voulons établir ; qu'il nous soit permis de le rapporter avec un peu plus de détails que celles qui précèdent, et qu'il nous a suffi d'esquisser. — Le 16, sans cause appréciable, la malade dont il s'agit eut dans la nuit dix selles assez abondantes qu'accompagnèrent des coliques légères. A neuf heures du matin que nous la vîmes, nous pûmes constater que le tube digestif ne présentait aucun signe d'irritation. Le 19, la malade n'avait point eu de garde-robe depuis son dévoiement qui s'était brusquement arrêté (peut-être sous l'influence du nitrate de bismuth, qui avait été administré le 17). M. Andral se rappela que la douleur de la gorge avait été heureusement modifiée par le flux abondant qui s'était opéré spontanément à la surface de la muqueuse intestinale. Dans la vue de déterminer artificiellement une modi-

fication semblable, il prescrit deux gouttes d'huile de croton. Après l'ingestion du médicament, sensation de brûlure à la gorge, et qui dure environ deux heures, nausées, coliques légères, enfin huit selles vertes et en bouillie. Le 20, la langue est large, humide; une pression assez forte peut être impunément exercée sur tous les points de l'abdomen. Le 21, point de selles, aucun signe d'irritation gastro-intestinale, bien que la malade ait continué à manger la demi-portion. De nouveau, deux gouttes d'huile de croton; même sensation de chaleur à la gorge, qui dure une heure et demie. Deux heures après l'ingestion du médicament, douleur à l'épigastre d'une heure de durée; vomissement aqueux; enfin six selles jaunâtres fort abondantes. Le 22, langue pâle, humide, point de soif; ventre et épigastre indolens. Le 23 une seule selle solide.

10.e *Fait.* — Emphysème pulmonaire. — Le 8, rien d'anormal du côté des voies digestives; deux gouttes d'huile de croton produisent à la gorge à-peu-près les mêmes effets que nous avons observés précédemment. Selles extrêmement abondantes, très-nombreuses, et qui ont lieu six heures après l'ingestion de l'huile. Cependant langue large, humide, sans rougeur; soif vive, désir des alimens, ventre souple et indolent. Douze grains de calomel, prescrits ce jour là même, provoquent encore six selles, et nous ne notons d'ailleurs d'anormal, vers les voies digestives, que le goût pâteux de la bouche. Les jours suivans, rien ne rappelle la vive stimulation imprimée les jours précédens à la muqueuse gastro-intestinale.

11.e *Fait.* — Pleurodynie. — Le premier jour de son entrée, ce malade prend le purgatif ordinaire; il provoque cinq selles, sans douleurs abdominales. A la visite qui suit, le tube ne présente aucun signe d'excitation.

12.e *Fait.* — Point pleurétique avec gêne considérable de la respiration. — Le même purgatif détermine six selles assez abondantes et un vomissement. Le lendemain de son

administration, nous trouvons la langue large, humide, recouverte d'un léger enduit blanchâtre; ses bords ont tout-à-fait la coloration des lèvres; il n'y a point d'appétit, point de soif anormale, aucun gonflement, aucune chaleur à l'épigastre, qui est aussi insensible à la pression que le reste du ventre.

13.e *Fait.* —Bronchite chronique, emphysème pulmonaire, tubercules: chez ce malade, deux onces d'huile de ricin provoquent neuf selles, avec de légères coliques; et dix-huit ou vingt heures environ après l'administration du médicament, tout rentre dans l'ordre du côté du tube digestif. La tendance si grande à l'irritation de la part de la muqueuse chez les tuberculeux, est impuissante elle-même à fixer sur la membrane digestive une action morbide qui ne fait qu'effleurer l'organisme.

14.e *Fait.* — Bronchite chronique, emphysème pulmonaire, légère hypertrophie du cœur. — 18 selles, que n'accompagne aucune douleur intestinale, arrivent à la suite de l'ingestion de deux gouttes d'huile de croton prises dans une cuillerée de tisane. — La langue, un peu collante, n'offre aucune rougeur; il n'y a point de soif; le malade témoigne du désir pour les alimens, la sensation de brûlure à la gorge, que le médicament a déterminée à son passage, n'a duré que quelques instans; on ne développe aucune douleur à la pression de l'abdomen. Les jours suivans, une seule selle, digestion qu'aucun accident ne vient entraver.

15.e *Fait.* — Bronchite aiguë avec fièvre. —Le malade prend le purgatif ordinaire; il a six selles liquides, jaunes, sans aucune colique. Le lendemain deux selles encore, mais langue normale, épigastre et ventre indolens. Il mange le quart, puis la demie, qui sont parfaitement digérés.

16.e *Fait.* — Névralgie sus-orbitaire. — Huile de ricin ℥ij dans une tasse de bouillon aux herbes. Huit selles avec quelques coliques ont lieu. Le lendemain, retour des fonctions digestives à l'état normal.

17.ᵉ *Fait.* — Bronchite capillaire, hypertrophie du cœur. — Le minoratif précédent est prescrit à ce malade et à la même dose; il provoque dix selles exemptes de coliques. Aucun signe d'excitation vers les voies digestives. Douze grains de calomel déterminent quatre selles peu abondantes, sans colique; point de signes d'irritation à la surface digestive.

18.ᵉ *Fait.* — Embarras gastrique apyrétique. — On prescrit deux grains de tartre stibié. Le jour où le malade prend cet émétique, vomissemens abondans, selles nombreuses; cependant langue naturelle, absence de toute douleur à l'épigastre et dans le reste du ventre. Le surlendemain une seule selle.

19ᵉ *Fait.*—Légère congestion cérébrale chez une femme atteinte de tubercules pulmonaires encore peu avancés. Le 7, 2 onces d'huile de ricin. Le 8, 10 selles avec quelques coliques. Le 9, encore 2 selles sans coliques. Du reste aucun autre trouble vers l'intestin.

20ᵉ *Fait.* — Une femme est atteinte de péritonite aiguë; le premier jour de son entrée, on lui fait appliquer 40 sangsues sur le ventre; il en résulte une notable diminution de la douleur abdominale. Le deuxième jour le ventre est encore endolori, il n'y a point eu de selles; il y a de la soif; la bouche est pâteuse; la langue blanche et humide. Prescription : une bouteille d'eau de Sedlitz; point de selles. Le troisième jour le ventre peût être pressé avec moins de douleur, du reste même état; on recourt à un purgatif plus actif, le calomel, qu'on donne à la dose de 12 grains. Cinq selles avec quelques coliques ont lieu; même état d'endolorissement du ventre; aucun signe de surexcitation.

21ᵉ *Fait.*—Embarras gastrique à la suite d'une pleurésie aiguë. Une bouteille de Sedlitz détermine plusieurs évacuations abondantes de matière bilieuse; cependant la langue redevient naturelle; l'amertume de la bouche a disparu;

il n'y a point de soif; l'abdomen ne présente aucun point douloureux à la pression.

22° *Fait.* —Embarras gastrique; 2 grains d'émétique ne provoquent ni nausées, ni vomissement; ils produisent 6 selles le jour même où ils sont ingérés. Le lendemain on chercherait en vain la trace de la plus légère excitation dans toute l'étendue du tube digestif.

23° *Fait.*—Il est relatif à une femme atteinte d'un érysipèle à la face; on lui présente à différens intervalles deux fois le purgatif ordinaire, et une fois 12 grains de calomel. Des selles plus ou moins abondantes suivent l'action de ces divers agens : mais comme dans les cas précédens, cette action s'épuise en quelques heures, et le tube digestif revient à l'état normal.

24° *Fait.* — Congestion cérébrale légère. On avait vainement combattu cette condition pathologique, par la saignée, les sangsues : on tente l'emploi des purgatifs. On commença par 2 gouttes d'huile de croton. Des selles abondantes eurent lieu et tout se borna là. Ce flux terminé, nous pûmes constater qu'aucun signe d'irritation n'existait du côté des voies digestives. Cependant les étourdissemens, la céphalalgie, la pesanteur de tête, etc., après avoir diminué d'une manière assez notable pendant quelques jours, reparurent avec leur intensité première. On essaya la méthode dérivative continue; on soumit le malade à l'action de pilules contenant 3 grains de racine de jalap; elle prenait 2 de ces pilules tous les deux ou trois jours; d'abord le tube digestif parut s'offenser de ce moyen, mais bientôt cette susceptibilité anormale, pourrions-nous dire, si nous voulions déjà conclure des faits précédens, cessa, et tout l'effet que ces pilules produisirent désormais, ce furent 2 ou 3 selles liquides, le jour où le jalap était pris, et dans les jours intercalaires, rien ne s'observait du côté du tube disgestif, qui eût pu indiquer qu'une substance irritante avait passé par là.

25ᵉ *Fait.* — Diplopie avec symptôme de c ongestion cérébrale, hémiplégie incomplète ancienne. Il s'agit ici d'un homme âgé de 42 ans, qu'on avait soumis dans divers hôpitaux, à plusieurs méthodes actives de traitemens sans qu'il en soit résulté d'amélioration sensible dans son état. M. Andral crut bon de tenter à son égard la dérivation purgative. Suivant cette vue, dans le court espace de six jours, le malade prit d'abord le purgatif ordinaire, deux jours après, 12 grains de calomel, et enfin 2 gouttes d'huile de croton. Le mélange de sulfate de soude et de tartre stibié occasionna douze selles, le calomel cinq, l'huile de croton 5 et 1 vomissement; la langue ne subit aucun changement, elle demeura constamment pâle, elle resta humide; la soif ne se développa point; l'appétit persista. Avant comme après le vomissement, l'estomac se montra insensible à la pression; les selles avaient eu lieu sans colique, et en aucun point du ventre on n'observa de sensibilité anormale.

26ᵉ *Fait.*—Erysipèle arrivée à la desquamation complète, bien que la maladie, au moins ce que nous voyons de la maladie, fût terminée; cependant un certain mouvement fébrile persistait; la malade ne sentait point ses forces renaître, les fonctions digestives ne se rétablissaient pas. On prescrit 2 grains d'émétique qui provoquent 3 vomissemens bilieux, puis le purgatif ordinaire, pour vaincre une constipation qui existait depuis neuf jours. On obtient six selles, qu'accompagnent de légères coliques. Le lendemain, les voies digestives sont revenues à l'état complètement normal.

27ᵉ *Fait.*—Coliques vives avec constipation. Deux onces d'huile de ricin provoquent quatre ou cinq selles le jour où on les administre; exceptionnellement l'action, quelle qu'elle soit de cet agent, se prolonge le lendemain; sept ou huit selles ont encore lieu. Et malgré cette prolongation d'effets, aucune douleur n'est éveillée à la pression de l'épigastre ou de l'abdomen. La langue est naturelle; l'appétit est développé.

28e *fait.* — Gastrite chronique. Deux onces d'huile de ricin sont prescrites dans deux tasses de bouillon aux herbes ; il en résulte cinq selles, et pas la moindre exacerbation de l'état habituel d'irritation de l'estomac.

29e *Fait.* — Il se rapporte à un malade atteint d'hémoptysie symptômatique de tubercules pulmonaires. Il se trouvait bien, se disposait à sortir, quand il fut pris brusquement de frissons, puis de sueurs. Ces symptômes disparurent bientôt pour ne plus se montrer, mais ils firent place à un embarras gastrique, avec un mouvement fébrile peu intense. Deux grains d'émétique lui sont ordonnés, qui provoquent deux vomissemens sans nausées et quatre selles abondantes ; le lendemain, les voies digestives sont à l'état normal, il y a une selle solide.

30e *Fait.* — Amygdalite double extrêmement intense. Voies digestives saines. Le 17 mai le malade prend une once de sulfate de soude et un demi grain d'émetique dans deux tasses de bouillon aux herbes ; ni nausées, ni vomissemens ; 50 selles liquides, bilieuses ; cependant le 18, la langue ne présente point le moindre pointillé, elle a son humidité naturelle ; on presse l'épigastre, l'abdomen dans tous les points, dans toutes les directions, sans éveiller la moindre douleur,

Aux faits nombreux que nous venons d'esquisser aussi rapidement qu'il nous a été possible, nous pourrions en ajouter de plus nombreux encore, mais tous ces faits ont à-peu-près la même physionomie : nous croyons conséquemment que ceux que nous venons de rapporter suffisent. Voyons maintenant ce que deviennent les autres appareils pendant que le tube digestif se trouve soumis à l'action des substances purgatives ; nous devrions commencer par les appareils de diverses fonctions, mais notre attention n'a guère été dirigée sur ce point. Nous admettrons par conséquent que les choses se passent ici comme l'ont établi les auteurs qui ont écrit sur cette matière ; mais il est un ap-

pareil dont il était extrêmement important dans notre étude d'observer les moindres modifications fonctionnelles, c'est l'appareil de la circulation. Toutes les fois qu'un point de phlogose vient à se développer dans un tissu un peu complexe de l'organisation, le cœur, par une action synergique inconnue dans sa cause comme dans son essence, entre en communauté de souffrance avec l'organe dont le mode de vie normal est dérangé; or que devient la fonction de cet appareil si profondément sympathique, pendant que la muqueuse gastro-intestinale est mise en contact avec les divers agens dont nous étudions ici le mode d'action? Nous le répétons, dans l'esprit de ce travail, cette question avait une haute portée. Si cet appareil s'émeut, si sa fonction s'exalte, c'est que peut être l'étude directe de l'état des fonctions de l'appareil digestif est impuissante dans quelques cas à nous traduire la modification que ces fonctions ont subie; si, au contraire, cet appareil reste impassible, si la fonction dont il est chargé continue à s'accomplir suivant son rythme physiologique, c'est que l'action des purgatifs sur la muqueuse gastro-intestinal a été mal interprétée, et l'induction tirée de l'étude directe de l'état de cette membrane se trouve confirmée par l'état constaté de la circulation générale.

Nous allons indiquer dans le tableau suivant, les modifications que le pouls a offertes dans les cas pathologiques variés que nous avons rapportés précédemment, et dans lesquels des substances purgatives plus ou moins actives ont été employées. Nous placerons en regard, le nombre des selles provoquées, celles-ci mesurant jusqu'à un certain point l'intensité de l'action de ces substances.

TABLEAU comparatif de l'état de la circulation générale, avant et après l'emploi d'un certain nombre de substances purgatives.

OBSERVATIONS.	*Substances employées.*	*Nombre de selles.*	*Nombre ds pulsations.* avant.	après.
1	Eau de Sedlitz.	10 selles.	88	76
2	Huile de ricin.	4 —	66	66
3	Purgatif ord^{re}.	10 —	108	84
4	Id.	7 —	80	92
Id	Eau de Sedlitz.	8 —		80
5	Emétique.	2 —	88	84
6	Id.	3 selles abond.	92	76
7	Purgatif ord^{re}.	10 selles abond.	...	...
8	Calomel.	4 selles.		84
Id	Pargatif ord^{re}.	7 —	92	84
		3 s. le lendem.		76
9	Huile de croton.	8 —	116	100
	Id.	9 —	...	...
10	Huile de croton;	selles très-abond.	80	72
	Calomel.	6 —	72	76
11	Purgatif ord^{re}.	5 —	68	68
12	Id.	4 —	92	88
13	Huile de ricin.	9 —	92	88
14	Huile de croton.	18 —	100	68
15	Purgatif ord^{re}.	6 —	80	80
16	Huile de ricin.	8 —	80	76
17	Id.	10 —	72	72
	Calomel.	4 —	72	68
18	Emétique.	selles nombreuses.	....	...
19	Huile de ricin.	10 —	76	72
20	Eau de Sedlitz.	point de selles.	84	84
	Calomel.	5 —	84	72
21	Eau de Sedlitz.	selles abondantes.	124	88
22	Emétique.	6 —	68	56
23	Purgatif ord^{re}.	6 —	96	84
	Id.	selles abond.	100	100
24	Huile de croton.	. . . .	...	...
25	Purgatif ord^{re}.	12 —	68	68
Id	Calomel.	5 —	68	72
Id	Huile de croton.	5 —		76
26	Purgatif ord^{re}.	6 —	76	70
27	Huile de ricin.	5 —	60	68
Id		8 le lendemain.		68
28	Huile de ricin.	5 —	68	56
29	Emétique.	4 selles abond.	80	60
30	Purgatif ord^{re}.	50 selles.	104	76

Nous regrettons de voir quelques lacunes dans ce tableau ; elles tiennent à ce que le pouls, dans quelques cas, n'a point été noté avant l'administration des purgatifs ou le lendemain du jour où ils avaient été prescrits ; ces lacunes d'ailleurs sont peu nombreuses, et ne sauraient en rien infirmer les conséquences qui naissent des faits au milieu desquels elles sont placées. Si donc, en résumant ce tableau, nous cherchons à grouper les cas analogues qu'il nous présente, après en avoir distingué les cas dissemblables, nous arriverons aux résultats suivans :

Nous trouvons trois séries différentes de faits : dans une première série, se placent les faits où le pouls demeure, après l'administration, ce qu'il était auparavant. Dans une seconde série sa fréquence augmente ; dans une troisième elle diminue. Dans la première nous comptons sept cas, dans la seconde quatre cas seulement, et dans la troisième nous en trouvons vingt.

Entraînés depuis quelques années dans la direction unique d'une pensée qui, se posant dans la science avec l'aplomb d'une vérité séculaire, avait obtenu l'assentiment de presque tous les esprits, nous étions loin, nous devons l'avouer, de prévoir les résultats auxquels l'étude attentive des faits nous a conduits, et que nous venons d'indiquer. Sans doute, dans un grand nombre de maladies, que les anciens avaient mal interprétées, préoccupés qu'ils étaient, par leurs théories humorale, chimique ou mécanique, la muqueuse gastro-intestinale présente des lésions dont la thérapeutique doit tenir compte, soit que ces lésions expliquent toute la maladie, soit que celle-ci ne soit qu'incomplètement expliquée par elles. Mais il y a loin de cette donnée, quelque nombreuses que soient les conséquences qu'elle entraîne, à une généralisation qui, englobant l'immense majorité des maladies, prétend à les soumettre à la lésion unique d'un des appareils de l'organisme, revêtu tout-à-coup d'une sorte d'autocratie morbide à laquelle

personne n'avait encore songé. C'est bien là sans doute le principe dont est partie l'école moderne, pour proscrire presque complètement du domaine de la matière médicale toutes les substances qui avaient jusques-là été considérées comme jouissant de la propriété de stimuler plus ou moins énergiquement les tissus organiques avec lesquels elles étaient mises en contact. Dans une telle proscription les purgatifs n'ont point dû être oubliés, ils ont dû même figurer des premiers dans la liste néfaste; c'est aussi bien ce qui est arrivé. C'était logique; la muqueuse gastro-intestinale dominant désormais toute l'économie, devenant le centre, l'*impetum faciens* de presque tous les mouvemens morbides, on a dû se mettre en garde contre tous les agens qui pouvaient aller augmenter l'excitabilité de cette membrane, dans laquelle l'archée de Van-Helmont était venue tout-à-coup à s'incarner. Au moment où la théorie de l'irritation régnait avec le plus d'autorité dans les esprits, telle était la crainte que l'on avait d'irriter la muqueuse digestive, qu'un praticien qui avait eu l'audace de prescrire un demi-grain d'émétique à son malade, ainsi que nous le racontait M. le professeur Andral dans son cours, n'en dormait point de la nuit, et n'approchait le lendemain de son patient qu'en tremblant. Cette funeste préoccupation n'existe plus aujourd'hui dans la très-grande majorité des esprits : nous pensons que les observations rapportées dans ce travail sont propres à confirmer les médecins dans leur raisonnable sécurité.

Voyons en effet ce que disent ces observations : arrêtons-nous d'abord un instant sur l'action exercée sur le tube digestif par les diverses subtsances employées. Or, nous trouvons que dans plus de la moitié peut être des cas rapportés, les selles ont eu lieu sans que les malades aient eu la moindre colique : d'un autre côté, que des coliques aient accompagné ou non les selles, dès le lendemain l'abdomen avait recouvré son indolence à la pression. A

l'exception de la 1.re, 2.e, 3.e, 4.e, 6.e et 8.e observations, dans toutes les autres, le lendemain des purgatifs, il n'y avait plus de selles liquides. Dans toutes ces observations encore, à l'exception d'une seule, la 6.e, où la langue devient un peu sèche, nous voyons cet organe conserver sa configuration, sa couleur et son humidité normales. Dans tous les cas où l'état général des malades permettait qu'on leur accordât des alimens, nous voyons ceux-ci être parfaitement digérés, ne déterminer aucune pesanteur, aucune sensation irrégulière à l'estomac, ne faire naître aucune colique, ne provoquer aucun dégagement de gaz qui puisse faire soupçonner quelques points d'irritation dans la muqueuse. Mais là ne se bornent point les raisons que nous avons de penser que l'action, quelle qu'elle soit, des substances employées est des plus fugitives, ne fait qu'effleurer, si l'on peut ainsi dire, la surface de la muqueuse : nous avons rapporté l'observation d'individus qui, dans l'espace de quatre ou cinq jours, ont été soumis à l'action de deux ou trois purgatifs ; eh bien, dans ces cas, comme dans les autres, nous voyons en quelques heures la muqueuse digestive revenir à l'état normal. N'est-il pas évident que si la plus légère phlogose avait survécu au flux que les purgatifs employés avaient déterminé, elle se fût nécessairement aggravée par l'action des mêmes substances ou de substances analogues employées le lendemain ou le surlendemain? Ce n'est point tout encore; tout le monde sait que rien n'est si difficile que d'astreindre à une diète sévère les malades des hôpitaux; ils trouvent presque toujours le moyen de tromper la surveillance la plus attentive quand ils ont bien pris la résolution de se procurer quelques alimens. Dans les circonstances dont il s'agit, il est d'autant plus certain que l'on est trompé par les malades, qu'il n'est pas du tout rare de voir l'appétit se développer d'une manière assez impérieuse après l'emploi des purgatifs. C'est donc là une chance d'excitation dont nous devons ici tenir compte, et

qui ne produisant point de résultat, confirme, par l'induction négative à laquelle elle conduit, ce que nous voulons établir, savoir, le retour prompt de la muqueuse gastro-intestinale à l'état normal, après l'emploi des substances purgatives. Enfin, sans vouloir anticiper sur l'étude de l'action thérapeutique des agens dont nous ne devons aujourd'hui étudier que l'action physiologique, nous dirons que nous n'avons pas vu un seul cas, peut-être, où la perturbation faible ou forte opérée sur les voies digestives, ait retenti d'une manière fâcheuse sur les organes malades, quelqu'étroites que fussent les sympathies qui les liaient avec la membrane perturbée.

Si, poursuivant l'action de ces agens dans toutes ses manifestations, nous revenons un instant au tableau que nous avons établi plus haut, nous y trouverons, ce nous semble, une nouvelle et tout aussi puissante raison de croire que la susceptibilité inflammatoire de la muqueuse gastro-intestinale a été singulièrement exagérée. Que résulte-t-il en effet de ce tableau? Nous y voyons que le pouls demeure dans sept cas, après l'administration du purgatif, ce qu'il était auparavant : que dans vingt cas la fréquence diminue, et dans quatre cas seulement elle augmente. Est-ce là le résultat que produit dans les principes mêmes de la doctrine physiologique la plus légère phlogose de l'estomac ou de l'intestin, qui, dès qu'ils viennent à souffrir, associent aussitôt le cœur à leur action pathologique. Essayera-t-on d'éluder la conséquence qui se déduit naturellement de ces faits, en prétendant que les agens employés l'ont été à doses peu élevées, qu'ils jouissent d'une propriété excitante peu active; que s'il est des cas où le pouls n'a point augmenté de fréquence, c'est qu'alors on avait eu recours à un léger minoratif, impuissant à phlogoser la muqueuse intestinale, toute grande que soit la tendance de cette membrane à s'enflammer. Nous répondrons que, en face de notre tableau, nous ne pourrions accepter cette fin de non-

recevoir. Voici pourquoi : quel est, aux termes de la médecine physiologique, de deux malades, dont l'un a eu trois ou quatre selles, et l'autre dix, dix-huit ou cinquante, celui dont la muqueuse intestinale a été le plus vivement excitée ? Assurément, à moins d'aller au rebours de ses propres principes, on ne peut soutenir que celui qui a été le plus vivement stimulé, est celui qui a eu seulement trois ou quatre selles : or, cependant, c'est précisément parmi ceux qui ont eu un petit nombre de selles, 5, 6, 7, que se rangent les quatre cas où le pouls a augmenté légèrement de fréquence, de 80 à 92, 4.ᵉ fait; de 72 à 76, 10.ᵉ fait; de 68 à 72, 25.ᵉ fait; de 60 à 68, 27.ᵉ fait. C'est encore en général dans des cas analogues, que le pouls demeure ce qu'il était pour la fréquence, avant l'administration du purgatif. Tandis que les cas où le pouls subit la diminution de fréquence la plus considérable, sont ceux où nous notons les selles les plus abondantes, 8, 9, 10, 18, 50 selles, ou nombre indéterminé de selles, désignées seulement par leur grande abondance : les cas principaux qui se placent dans cette catégorie, sont le 3.ᵉ, où le pouls tombe de 108 à 84; le 9.ᵉ, de 116 à 100; le 14.ᵉ, de 100 à 68; le 21.ᵉ, de 124 à 88; le 29.ᵉ, de 80 à 60; enfin celui où 50 selles ont eu lieu à la suite du purgatif ordinaire, le pouls est tombé de 104 à 76.

Soit donc que nous considérions l'organe avec lequel les purgatifs sont mis directement en rapport, soit que nous considérions les appareils avec lesquels ces organes vivent dans la sympathie la plus étroite, là partout nous voyons que les choses se passent de telle manière, que l'on ne peut, sans se mettre complètement en dehors des faits, soutenir que ces agens ont déterminé la moindre phlogose dans la muqueuse gastro-intestinale; car que serait-ce qu'une phlogose aussi rapidement développée, et qui ne se révélerait à l'observation par aucune réaction, soit locale, soit générale. Mais, si dans aucun des cas que nous venons

de rapporter et dans beaucoup d'autres analogues que nous pourrions placer à leur suite, il est impossible d'admettre qu'un travail phlegmasique de l'intensité la plus légère se soit développé par le fait de l'action des substances purgatives déposées à la surface de la muqueuse digestive, est-ce à dire que des substances douées d'une plus grande puissance d'excitation, ou les mêmes substances peut-être dans certaines conditions indéterminées, ne pussent enflammer cette membrane? Nous sommes à cent lieues de cette conséquence : nous reconnaissons que la membrane muqueuse gastro-intestinale, tant par l'action complexe de sa composition anatomique que par la multiplicité, la nature, et l'importance des fonctions qu'elle est appelée à remplir dans l'économie, est plus qu'aucun autre organe peut-être sujette aux perturbations morbides. Mais tout en posant ce principe à la tête d'une thérapeutique qui prétend à s'harmoniser avec les données d'une physiologie avancée, il ne faut point exagérer la susceptibilité irritative de cette membrane, jusqu'à en faire une espèce de *noli me tangere*, auquel les agens thérapeutiques ne peuvent toucher sans que toute l'économie ne menace de se détraquer à l'instant même. Si c'était le lieu ici de creuser un peu avant dans ces faits, peut-être arriverait-on à des conséquences de quelque portée en philosophie pathologique; mais outre que ce travail serait au-dessus de nos forces, il aurait l'inconvénient d'alonger encore cet écrit. Cependant nous ne pouvons nous empêcher d'exposer une idée, dont nous n'avons pu ne pas être frappé en face des faits sur lesquels roule ce mémoire. Depuis six mois environ que M. Andral nous a chargé de tenir son cahier d'observations, nous avons vu 80 ou 100 fois peut-être ce professeur avoir recours à des purgatifs plus ou moins énergiques dans le cours de diverses maladies; or, jamais nous n'avons vu une fièvre grave, ou une gastro-entérite, si l'on veut, se développer à la suite de l'emploi de ces agens. La chose est d'autant plus digne

de remarque, que ce n'est pas seulement dans des lésions du cerveau, des poumons, du cœur, etc., que cet habile praticien emploie ces moyens, mais que souvent, le plus souvent même, autant bien que notre souvenir nous le rappelle, il y a recours pour combattre des embarras gastriques, intestinal, la colique de plomb, des entérites sans symptômes généraux graves, des coliques nerveuses, etc., c'est-à-dire des états morbides où, dans les principes de la nouvelle école, l'on voit pour lésion pathogénèse unique, l'irritation s'élevant dans quelques cas à son summum d'intensité, la phlegmasie. Or, si les groupes symptômatiques qui constituent les modes divers des fièvres graves, se résument tous anatomiquement dans la lésion intestinale d'où on les fait tous procéder comme expressions fonctionnelles morbides, comment se fait-il que dans aucun des cas par nous observés, nous n'ayons vu la surstimulation purgative, appliquée à une muqueuse déjà plus ou moins irritée (nous parlons dans le sens de la doctrine physiologique) aboutir à la génération d'une fièvre typhoïde ?

Sans doute cette réflexion a été déjà faite ; mais qu'on y songe bien, et nous sommes convaincu qu'on trouvera qu'elle a quelque portée. Quant à nous, bien que la nature de cette maladie ne soit représentée dans notre esprit que par une idée encore bien vague et bien incomplète, cependant nous croyons la connaître assez pour affirmer qu'elle n'est pas ce qu'on la dit être : notre conviction à cet égard est telle, que nous porterions volontiers défi au plus hardi de développer une fièvre typhoïde avec les caractères bien tranchés à l'aide d'une substance uniquement excitante. On dit que M. Scoutetten l'a fait naître à volonté sur des chiens qu'il a soumis à ses expériences, en les nourrissant avec des viandes gâtées, ne leur donnant que des eaux corrompues, et les forçant à séjourner dans un lieu sombre, humide, dont l'air était saturé des miasmes provenant et de leurs alimens pourris, et de leurs propres excrétions : nous

le croyons volontiers; mais en vérité il faut être placé sous l'illusion d'une préoccupation bien étrange, pour ne voir là partout que des agens d'excitation pour la muqueuse digestive..... Eh! mais il y a là tous les élémens nécessaires pour improviser la peste..... Eh ! mais, nous répond-on, la peste est une gastro-entérite. *Hic cæstus, artemque repono.* Nous ne pousserons pas plus loin cette controverse, et terminerons cette première partie de notre travail, en formulant les conséquences immédiates qui naissent des faits que nous avons rapportés ; ces conséquences sont les suivantes :

1° Redouter l'action des substances purgatives dans le traitement d'un grand nombre de maladies aiguës et chroniques, soit du tube digestif lui-même, soit des autres agens, c'est se montrer logique, quand on admet sans restriction la théorie qui a tant exagéré le nombre des maladies de nature irritative dont la muqueuse gastro-intestinale est susceptible, ainsi que la réaction morbide de cette membrane sur les autres organes; mais c'est aller au-delà des faits.

2° Les faits démontrent que les substances dites irritantes, et nommément celles qui sont comprises sous le terme générique de purgatifs, peuvent être employées à de telles doses, qu'elles modifient d'une manière remarquable les fonctions de la muqueuse gastro-intestinale; et 18 heures suffisent, terme ordinaire, pour que cette membrane revienne à un état complètement normal.

3.° Etablir, à l'aide de faits, que cette membrane si étendue et si vitale peut être modifiée profondément dans ses fonctions par des agens perturbateurs, sans qu'il en résulte d'accident durable, c'est servir la thérapeutique, car celle-ci n'a point de voie plus sûre dans beaucoup de cas pour aller modifier l'organisme malade.

Dans la seconde partie de ce travail, nous examinerons l'action thérapeutique des agens dont nous venons d'étudier l'action physiologique.

Nouvelles observations sur la section du tendon d'Achille pour le traitement du pied-bot; adressées par M. STROMEYER, *aux Archives générales de Médecine.*

M. le rédacteur, la publicité que mon mémoire sur la section du tendon d'Achille a reçue en France, par la traduction de M. le docteur Richelot, insérée dans votre Journal, me fait un devoir de vous communiquer quelques nouvelles expériences sur le même sujet, dont la connaissance sera utile pour ceux qui voudront employer ma méthode. C'est surtout la première de mes observations, où l'opération a manqué, qui a servi à en assurer le succès dans les autres cas.

I. Henri Leging, âgé de 7 ans, fils d'un jardinier des environs d'Hanovre, était né avec deux extrémités affectées de pieds-bots. Par un traitement chirurgical non interrompu depuis sa naissance, la forme de ses pieds fut en partie redressée, surtout celle du pied gauche, tandis que le pied droit resta toujours dans un état moins satisfaisant. Quand ce garçon me fut présenté, je trouvai le bord du pied droit fortement incliné en dedans, la pointe du pied tournée en bas, la jambe amaigrie. La marche, qui ne se faisait qu'en appuyant très-légèrement sur le bord externe du pied droit, était légèrement imparfaite, la pointe se dirigeant fortement en dedans. La mobilité volontaire du pied était très-limitée, mais une force extérieure le redressait facilement dans sa position naturelle. La guérison par des appareils exigeant trop de temps et de soins pour les circonstances où se trouvait ce jeune garçon, je proposai la section du tendon d'Achille pour égaliser, par ce moyen, l'action des muscles extenseurs et fléchisseurs du pied, dont l'antagonisme suspendu était évidemment la cause de la difformité du pied. L'opération se fit le 26 août 1832, de la même manière que

dans les deux cas précédens. —Réunion des plaies, adhésion des bouts du tendon coupé le cinquième jour. Quoique je fusse bien persuadé que dans un sujet si jeune ces adhérences deviendraient plus fermes en moins de temps que dans une personne adulte, je n'osai cependant pas commencer l'extension avant le huitième jour, à cause de la sensibilité de la partie coupée. Le pied rentra avec beaucoup de facilité dans sa position naturelle, par une extension croissante pendant quinze jours. Le pied formait alors avec la face antérieure de la jambe un angle aigu d'à-peu-près 70°. Je le laissai dans cette position pendant trois semaines. Après avoir enlevé l'appareil, je trouvai que la substance intermédiaire, qui était plus mince que le tendon, n'avait pas plus de deux ou trois lignes de longueur. Le mollet se trouvait dans sa position ordinaire. Immédiatement après avoir ôté l'appareil, la forme du pied était très-régulière ; mais quelques heures après, la mauvaise position reparut entièrement, malgré le brodequin muni d'une tige de fer, dont l'usage devint douloureux en peu de jours. L'état du pauvre garçon n'était nullement amélioré. Je ne doutai pas alors que l'extension n'eût dû commencer plus tôt pour redresser la forme du pied par un alongement de la substance intermédiaire et non par celui des fibres musculaires. Une seconde section du tendon aurait sans doute redressé cette faute, mais les parens du garçon s'y opposaient, et il me fallut renoncer à tout autre traitement. Loin d'être déconcerté par cet échec, je souhaitais fortement de trouver l'occasion de mettre à profit, dans d'autres cas, la leçon que je venais de recevoir.

II. Henri Linse, âgé de 13 ans, fils d'un paysan de Schulenburg, près d'Hanovre, fut affecté d'un pied-bot de l'extrémité gauche, quand il avait quatre ans, sans cause connue. Comme rien ne fut fait pour le guérir, l'état du pied s'empira toujours. Dans le mois d'août 1833, il fut confié à mes soins. La difformité du pied était plus

avancée que chez Leging; il marchait entièrement sur le bord externe et avec tant de douleurs, que le pauvre garçon était forcé de renoncer presque à tout mouvement. Les orteils, et surtout le premier, étaient fortement tournés en dedans et maintenus dans cette position par l'action du muscle grand fléchisseur du gros orteil, dont le tendon se trouvait dans un état de tension remarquable. Une grande callosité se trouvait au-dessus du bord externe du pied correspondant au point d'appui ordinaire pendant la marche. La jambe était amaigrie, le pied peu mobile; une force considérable cependant était capable de le ramener en partie dans sa position naturelle. Avant de couper le tendon d'Achille, je divisai celui du muscle grand fléchisseur du gros orteil, en enfonçant le même couteau derrière le tendon sur le bord interne du pied, à peu-près sur une ligne médiane entre le talon et le gros orteil. Après avoir laissé en repos pendant trois jours le pied entouré d'une bande, je le mis dans l'appareil extenseur, où je le fixai dans une position convenable. Une amélioration considérable dans la direction de la pointe du pied en fut l'effet en l'espace de huit jours. Alors je divisai le tendon d'Achille le 15 août. Attelle et bande, adhésion des bouts le cinquième jour. Extension. En dix jours le pied formait avec la cuisse un angle de 70°. Quatre semaines après la section du tendon d'Achille, l'appareil fut enlevé et le pied mis dans le brodequin, et l'extension continuée pendant la nuit à l'aide de la vis. Le jeune garçon commença ensuite à marcher et avec une telle facilité, que trois jours après l'enlèvement de l'appareil je lui permis de sortir pour s'amuser pendant un quart-d'heure dans une rue bien pavée. Ce jeune homme, entraîné par le plaisir d'une liberté dont il avait été privé long-temps, ne rentre qu'après trois heures de promenade, très-fatigué sans doute, mais sans éprouver d'autre inconvénient. Quinze jours après il fut en état de faire une course de quatre à cinq lieues. Son pied avait alors sa forme naturelle, excepté

une légère inclinaison de la pointe en dedans; il était très-mobile, et son volume avait accru. Six mois après je l'ai revu dans le même état; la jambe alors s'était plus développée encore.

III. Ferdinand Wesl, âgé de 9 ans, natif de la ville de Celle, était né avec un pied-bot de l'extrémité droite. Par un traitement chirurgical, l'état du pied fut amélioré pendant les premières années de la vie. A cinq ans il fut confié à mes soins. Son pied présentait alors la même difformité que celui du sujet de la première observation. Par un appareil convenable, je redressai le pied de manière que l'enfant fut capable de marcher très-bien avec un brodequin muni d'une tige de fer. Ce traitement dura cinq mois. Je le revis un an après : son état était le même, et il resta tel pendant deux ans. Des malheurs de famille le privèrent alors des attentions de ses parens, et ce fut pendant une maladie de longue durée que la difformité de son pied se reproduisit entièrement. En décembre 1833 il fut de nouveau confié à mes soins. L'état du pied était bien pire que la première fois, la marche presque impossible à cause des douleurs qu'elle lui causait. Le dos du pied formait une convexité avec la face antérieure de la jambe; les orteils étaient fortement inclinés en bas et rapprochés du talon; le premier orteil était attiré en haut vers le dos du pied, d'une manière assez singulière. — *Section du tendon d'Achille, le* 10 *janvier* 1834. — Adhésion des bouts le cinquième jour, extension de la substance intermédiaire. Le pied est redressé facilement. Il fut laissé dans l'appareil jusqu'au 28.e jour après l'opération, et mis dans le brodequin. L'enfant marche tout de suite avec la plus grande facilité. Comme la pointe du pied se dirigeait encore un peu en dedans par l'action du muscle grand fléchisseur du gros orteil, j'en fis la section, et trois jours après celle de l'extenseur du même orteil pour en améliorer la position. Le pied fut mis de nouveau dans l'appareil, et le gros orteil tiré en avant par un agglutinatif. Huit jours après la der-

nière section, je lui permis de nouveau l'usage du brodequin. La section des tendons des principaux muscles du gros orteil, loin d'en paralyser les mouvemens, les avait rendus beaucoup plus libres. La force de l'extrémité s'accrut avec une grande rapidité. Je perdis de vue ce garçon vers la fin du mois de mars. La forme et la mobilité de son pied ne laissaient rien à désirer, et ne rappelèrent nullement l'état antérieur; sa démarche dans un brodequin ordinaire était parfaitement assurée.

IV. M.lle Brandes, âgée de 19 ans, native de Hanôvre, ayant souffert beaucoup dans sa jeunesse d'une dyscrasie scrofuleuse, fut affectée d'une paralysie des membres inférieurs à l'âge de deux ans, dans l'instant où elle courait dans sa chambre. Cette paralysie cessa quelque temps après, et laissa une grande débilité de l'extrémité droite, dont le pied se contracta graduellement. Les tentatives qu'on fit à diverses époques de sa vie pour en redresser la forme furent sans effet et causèrent des douleurs insupportables. Quand cette jeune demoiselle me fut présentée, le dos du pied ou l'astragale faisait une proéminence considérable, formait avec la face antérieure une ligne droite. Le pied n'était que très-peu enroulé en dedans. Le point d'appui pendant la marche était formé par la face extérieure de l'os métatarsien du cinquième doigt. Avec un talon de liège de la hauteur de quatre pouces, la plante du pied ne touchait pas le fond du brodequin. La jambe était maigre, la mobilité du pied presque nulle. La difformité ne se redressait que très-peu par une force extérieure. —*Section du tendon d'Achille*, le 11 mars 1834. —Adhésion des bouts le cinquième jour; extension. Trois semaines après l'opération, le pied formait un angle de 70°. L'appareil fut changé contre le brodequin, où le pied fut maintenu dans la même position. Un œdème du pied survint, mais se dissipa à l'aide de frictions alcoholiques en huit jours. La jeune demoiselle commença alors à faire des exercices réguliers. Elle marcha avec beaucoup de difficulté dans le commencement, à cause de sa longue habitude de se

servir de son extrémité droite d'une manière toute différente. Cependant comme elle s'exerce avec le plus grand zèle, ces progrès sont rapides. A présent, trois semaines après les premières tentatives, elle marche sans appui, d'un pas assuré; la forme du pied ne rappelle nullement l'état antérieur. La mobilité en augmente de jour en jour. Le bonheur de cette jeune fille de se voir délivrée en si peu de temps d'un difformité hideuse, et de pouvoir marcher sans douleur, est vraiment touchant.

Dans ces trois derniers cas, il est impossible d'apprécier la longueur de la substance intermédiaire, et ce n'est qu'en cherchant les petites cicatrices qu'on découvre une partie du tendon plus mince que le reste. D'après la haute position du mollet, elle doit être considérable.

Les deux garçons, avec les moules en plâtre de leurs pieds dans l'état antérieur, ont été présentés à la Société de Médecine d'Hanovre.

En publiant ces observations, je suis très-loin de croire avoir épuisé ce sujet si plein d'intérêt pour l'humanité, qui fait descendre jusqu'aux classes pauvres les bienfaits de l'orthomorphie, cet art si cher jusqu'à présent. J'espère cependant avoir suffisamment fixé l'attention de mes confrères sur un procédé tombé déjà deux fois dans l'oubli pour les engager à le mettre en usage et en retirer tous les résultats dont il est susceptible.

Hanovre, le 29 avril 1834.

D.r Louis Stromeyer, *chirurgien de S. M. le roi d'Hanovre.*

Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres périodiques, ayant principalement trait à l'initiative de l'affection de la rate sur les phénomènes fébriles; par Philip. Pézerat, *médecin en chef de l'hôpital de Charolles.*

M. Piorry a reconnu que la souffrance ou l'engorgement

de la rate a constamment accompagné les fièvres intermittentes soumises à son observation; que le sulfate de quinine, qui a triomphé de la fièvre, a en même temps réduit le volume morbide de la rate; que la guérison de la fièvre n'a été solide qu'autant que celle de la rate a été entière. Je pourrais produire des faits nombreux à l'appui de ces propositions : je me bornerai aux deux suivans pour éviter des longueurs inutiles.

Obs. I.re — *Fièvre tierce; développement prodigieux avec imminence de rupture de la rate; marche rétrograde de cet engorgement sous l'emploi du quinquina.* — Je soignai en 1823 un artisan âgé alors de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ne se souvenant pas d'avoir éprouvé d'affection de la rate ni de fièvre intermittente, en butte aux symptômes généraux de la syphilis, occupant un logement sombre et travaillant dans un atelier humide.

Cet homme contracte sous ces influences une fièvre tierce, pendant le premier accès de laquelle la rate acquiert un volume énorme. Dans l'apyrexie, état stationnaire de l'engorgement de la rate, abattement extrême des forces, et douleur gravative de l'hypochondre gauche. A chaque nouvel accès l'intumescence de la rate fait des progrès effrayans. Durant le troisième, cet organe descend plus bas que la crête de l'os des îles, forme au-dessous des côtes une tumeur arrondie, dure, rénittente, douloureuse, qui n'a pas moins de dix pouces de diamètre dans ses parties accessibles au toucher, et a envahi la presque totalité de l'abdomen dont elle a grandement accru les dimensions. Chaque accès débute par le frisson, s'accompagne d'angoisses extrêmes, dont le point de départ est dans la tumeur décrite, et de tendance continuelle aux lipothymies. Ce dernier accident acquiert dans le troisième accès une intensité telle, qu'il menace immédiatement l'existence du malade. Le quinquina, administré à hautes doses avant l'époque du quatrième accès, en prévient le retour, et fait ré-

trograder l'engorgement de la rate dont la résolution définitive ne s'opère qu'avec lenteur.

OBS. II.e — *Fièvre successivement tierce, continue, double-tierce rémittente; engorgement de la rate, gastrite.* — Un curé de campagne, âgé de 40 ans, replet et sanguin, ayant eu précédemment des fièvres intermittentes, atteint d'un engorgement chronique et indolent de la rate, contracte, dans le mois d'octobre 1828, une fièvre tierce avec douleur modérée de la rate. La fièvre et la douleur de la rate cèdent au bout de huit jours à l'emploi du sulfate de quinine. Une rechute est décidée par des écarts de régime. Elle se caractérise, les quatre premiers jours, par un mouvement fébrile, violent et continu. La fièvre revêt ensuite le type double-tierce, et à dater de cette époque l'engorgement de la rate s'accroît et devient douloureux. Cette douleur acquiert une grande intensité pendant les paroxysmes et se propage alors, et seulement alors, à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Le sulfate de quinine, associé à la thridace, est supporté difficilement par l'estomac. Des lavemens de quinquina n'amènent qu'une diminution très-lente de la fièvre. Des mouvemens tumultueux perçus dans l'hypocondre gauche, suivis de selles copieuses, et de l'engorgement et de la souffrance de la rate, coïncident avec la disparition de la fièvre. Dans la convalescence, la rate reste un peu tuméfiée, la décoloration du visage persiste, la santé languit, malgré l'usage des amers à l'intérieur, des frictions sur la région occupée par la rate. Cet état de choses se maintient jusqu'au printemps suivant, où le malade prend les eaux de Vichy à leur source. Dans le commencement, l'emploi de ces eaux détermine quelques accès de fièvre intermittente. Leur usage prolongé est suivi de la réduction du volume de la rate et du retour à la santé.

Les deux faits qui précèdent ont une signification analogue à celle des faits que M. Piorry a rassemblés dans son mémoire. Ma manière de voir se trouve à cet égard entière-

ment conforme à la sienne ; mais des circonstances favorables m'ont fait, je crois, pénétrer plus avant dans la recherche de l'évolution première de l'engorgement de la rate, considéré dans ses rapports avec le développement de la fièvre intermittente et rémittente, et l'exposé des observations que j'ai recueillies à ce sujet est l'objet principal de cette notice.

Obs. III.e — *Fièvre intermittente ancienne ; engorgement de la rate; récidives fréquentes de cette pyrexie périodique, annoncées plusieurs jours à l'avance par la récrudescence de l'induration de la rate.* — Un militaire, âgé de 24 ans, d'une stature moyenne, d'un tempérament bilieux, languissait depuis deux ans sous les atteintes réitérées d'une fièvre intermittente, primitivement quarte, lorsqu'il fut admis, en 1827, à l'hôpital de Charolles, où il fut soigné pendant plus de six mois en différentes fois.

La rate est plus que quadruplée dans son volume; le pourtour des ailes du nez, des paupières, de la bouche, offre une décoloration profonde, nuancée par une teinte jaune-terreuse; la face est œdématiée; les digestions s'opèrent avec lenteur; le malade a beaucoup perdu de son activité naturelle; il ne me présente jamais de gastrite ni d'entérite, soit aiguë, soit chronique, pendant son long séjour à l'hôpital, quoique je l'y soumette souvent à l'emploi des préparations de quinquina et des amers. Jamais non plus son foie ne paraît malade, malgré la prépondérance bilieuse très-prononcée de son tempérament.

Ce militaire éprouve sous mes yeux des récidives nombreuses de fièvre intermittente, quarte, quotidienne, tierce, offrant pour prodrômes constans des douleurs spléniques vives, accompagnées d'un accroissement considérable de l'engorgement de la rate, avec dureté plus grande et sensibilité sous la pression. Cette récrudescence de l'induration de la rate se déclare *plusieurs jours avant l'invasion du premier accès de chaque rechute.* Elle est telle-

ment constante, comme signe avant-coureur de la récidive de la fièvre, que le malade m'avertit de l'imminence de son retour, en se fondant uniquement sur la tension douloureuse qu'il ressent à la rate, et que l'évènement ne manque jamais de réaliser ses craintes dans ces circonstances. Dans l'intervalle des rechutes fébriles la rate diminue de volume et de rénittence, sans cesser d'être tuméfiée : elle est à peine sensible sous une forte pression. J'arrête facilement les accès par les préparations de quinquina, mais je ne parviens à éloigner définitivement les rechutes que par l'usage des eaux de Bourbon-l'Archambaud, dont l'effet immédiat est de réduire de moitié l'engorgement chronique de la rate.

Obs. IV.° — *Fièvre éphémère guérie par la menstruation ; engorgement aigu de la rate vers la cessation du flux menstruel ; fièvre intermittente tierce passant au type double-tierce ; récrudescence de la souffrance de la rate pendant le retour des accès.* — Une dame jeune, d'une forte constitution, d'un tempérament mixte, guérie depuis deux ans d'une fièvre double-tierce rémittente grave, et d'une splénite qui l'avait accompagnée, éprouve, le 24 novembre 1828, sous l'impression d'une atmosphère brumeuse, d'inquiétudes vives, des approches d'une époque menstruelle, une fièvre de trente six heures qui se termine par une sueur abondante et l'apparition des règles.

Le 29, veille du jour où l'écoulement périodique devait cesser, la rate devient, *dès le matin*, le siège d'une douleur aiguë qui augmente graduellement jusqu'à midi, heure à laquelle la malade est saisie d'un frisson violent. Dans le cours de l'accès fébrile dont il marque le début, les menstrues se suppriment, la langue présente une teinte rose, peu vive ; l'épigastre n'est pas souffrant ; la douleur de la rate s'exaspère pendant la période de froid, continue de croître avec le développement de la chaleur, et ne diminue que dans la nuit, dans la période de sueur.

Durant l'apyrexie du 30, la langue est un peu rouge, pointillée à sa pointe, blanche à sa surface, humide; l'abdomen est généralement souple et insensible à la pression, à l'exception de l'hypochondre gauche où la rate se trouve modérément tuméfiée et sensible au toucher; la position verticale rend très-vive la souffrance de cet organe, mais n'influence pas désagréablement l'épigastre, et n'amène pas de paroxysme fébrile; le décubitus sur le côté droit donne la sensation pénible du déplacement d'un corps lourd dans l'hypocondre gauche.

Le 1.er décembre, un second accès (type tierce) débute à midi par un frisson *précédé de plus de deux heures* de la récrudescence de la douleur de la rate.

L'apyrexie du lendemain 2, fait place, à sept heures du soir, à un frisson léger qui constitue le premier stade d'un accès fébrile faible (type double-tierce). Ce frisson est *précédé d'une heure seulement* par l'exaspération de la douleur de la rate.

Le 3, la récrudescence de l'engorgement douloureux de cet organe a lieu *à dix heures* du matin; le frisson se manifeste *à midi*, s'accompagne d'un spasme intestinal, douloureux et fugace, avec ténesme. La souffrance et la tuméfaction de la rate cessent de croître avec le frisson, diminuent avec l'établissement de la sueur; l'accès plus fort que celui de la veille est cependant modéré.

Le 4, demi-lavement de quinquina en poudre dès le matin; le petit accès n'est marqué que par un peu de douleur à la rate, et le grand accès par un malaise général. Cependant les jours suivans, la rate était encore un peu douloureuse. Je prescrivis un nouveau lavement de quinquina, et la guérison ne tarda pas à être complète.

Obs. V.e — *Fièvre rémittente double-tierce; gastrite; engorgement de la rate dont les récrudescences commencent deux heures avant le retour des paroxysmes.* — Pendant les chaleurs d'août 1827, A...., âgé de 11 ans, ner-

veux et délicat, boit, à la suite d'un exercice violent, de l'eau très-fraîche et vaseuse, provenant d'un puits presque desséché. Bientôt après, fièvre précédée de frisson qui se prolonge quatre jours sans interruption, et revêt ensuite le type double-tierce rémittent. Chaque paroxysme est annoncé environ *deux heures à l'avance*, par une douleur aiguë de la rate. Les signes qui le caractérisent d'ailleurs sont : tuméfaction de la rate dépassant de deux pouces les côtes sternales; continuité de la douleur splénitique, exaspérée par la pression; abdomen à-peu-près indolent; langue rouge à sa pointe et à ses bords, muqueuse à sa surface, humide; soif vive, nausées, parfois vomissemens muqueux ou bilieux peu abondans; urines rares et rouges; peau aride; pouls 150; céphalalgie intense; intégrité des facultés intellectuelles. Dans la rémission, le pouls reste à 85; la rate, moins tendue et moins douloureuse, est encore tuméfiée et sensible sous la pression; la face tuméfiée est profondément décolorée. Pendant la grande acuité des symptômes, les moyens de traitement se bornent à la diète, aux boissons mucilagineuses et acidulées. Lorsque les rémissions furent remplacées par des intermittences complètes, le quinquina, administré en lavemens, arrêta subitement les accès. L'engorgement de la rate, devenu presqu'indolent, se prolongea dans la convalescence, qui fut longue et laborieuse.

Obs. VI.e — *Impression miasmatique, diminution du flux menstruel, engorgement douloureux de la rate. Nouvelle congestion abdominale, fièvre tierce, accroissement de l'affection de la rate.* — Une femme de la campagne, âgée de 30 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'expose plusieurs fois à la pluie dans le mois de novembre 1828, moment où les fièvres intermittentes sont communes dans notre pays. L'écoulement du flux menstruel a lieu peu de jours après, mais éprouve une diminution notable. L'hypochondre gauche devient le siège

d'une douleur permanente, gravative, à exaspérations fréquentes, fixée précisément au-dessous des côtes sternales, dans la région occupée par la rate. Le toucher fait reconnaître la tuméfaction manifeste et la sensibilité morbide de cet organe.

Dans les premiers jours de décembre, la pléthore, signe avant-coureur de la menstruation, se prononce; une fièvre tierce se déclare. Son symptôme prédominant est une forte exaspération de la douleur et de l'engorgement de la rate au moment du frisson. La fièvre se prolonge après le cours régulier du flux périodique.

Obs. VII.e — *Influences miasmatiques, fièvres rémittentes graves. Souffrance de la rate, congestion abdominale mensuelle; fièvre tierce mensuelle.* — Une demoiselle, d'une constitution forte, éprouve, dans ses dixième et douzième années, sous l'influence d'une habitation humide, mal éclairée, de constitutions atmosphériques propres au développement des fièvres périodiques et de travaux intellectuels trop assidus, d'abord, une fièvre rémittente cérébrale qui met ses jours en danger et cède au quinquina, puis des fièvres doubles-tierces moins graves, éloignées par la même médication.

A douze ans, habitation plus saine, mais située à proximité d'une petite rivière. Fièvre tierce, peu sérieuse, qui disparaît comme les précédentes par l'emploi de l'écorce du Pérou en lavemens. La santé n'est toutefois pas entière. La région de la rate est le siège d'une douleur obtuse; les forces languissent; les paupières, le pourtour des ailes du nez et de la bouche présentent une pâleur anormale. Il ne tarde pas à se déclarer une fièvre tierce, très-remarquable par la périodicité de ses reprises et par la ressemblance parfaite qui les caractérise. Elle reparaît chaque mois, débute par un accès modéré; le second acquiert une grande intensité; le troisième et dernier est très-faible. Aucun moyen, même diététique, n'est opposé à cette pyrexie. Elle cesse spontanément chaque mois pour revenir le suivant, et dis-

paraît au septième spontanément. Peu de mois après la menstruation s'établit. A dater de ce moment la santé est parfaite, et n'est troublée que par la légère indisposition décrite dans l'observation suivante.

Obs. VIII.e — *Influence miasmatique faible, souffrance graduée et légère de la rate, développement lent et successif de tous les signes précurseurs de la fièvre : accès fébrile bien caractérisé.* — Dans l'été de 1829, la demoiselle, sujet de l'observation précédente, âgée alors de 16 ans, ressent à la partie supérieure de l'hypochondre gauche, dans le point occupé par la rate, une faible douleur gravative, habituelle, plus prononcée dans l'inclinaison du corps en avant. En même temps sa langue se recouvre d'un léger enduit saburral à son milieu et à sa base, sans aucune rougeur morbide; le pourtour des lèvres, du nez, des yeux, pâlit sensiblement, et cette décoloration contraste, par une ligne de démarcation bien tranchée, avec la coloration des joues qui passe du rouge vif clair au rouge-brun terne. L'appétit se perd, les forces diminuent, la tristesse remplace la gaîté habituelle du sujet; la santé s'altère de jour en jour davantage. Il survient des malaises fugaces, des frissons irréguliers, croissans. Tout annonce l'explosion prochaine d'une fièvre périodique. Un accès a effectivement lieu avec les périodes de frisson, chaleur et sueur bien dessinées. L'usage intérieur de la fumeterre dissipe la douleur de la rate, éloigne la fièvre et rétablit la santé.

Réflexions. — Les six derniers faits dont je viens de reproduire le tableau rapide, me paraissent jeter quelque jour sur l'époque du développement primitif de l'engorgement de la rate dans la fièvre périodique. Reprenant cette assertion au point où l'a laissée M. le docteur Piorry, ils établissent que l'affection de la rate peut précéder la fièvre intermittente de types divers, et la fièvre rémittente. Nous en trouvons la preuve dans le résumé suivant : notre troisième observation présente une récrudescence douloureuse et

très-manifeste d'une induration chronique de la rate, précédant et annonçant invariablement, plusieurs jours à l'avance, des rechutes de fièvre intermittente quotidienne, tierce, quarte, en l'absence de toute autre lésion organique appréciable, notamment d'altération du foie, quoique le sujet de cette observation soit éminemment bilieux. La quatrième observation met en évidence l'initiative de la souffrance de la rate, non-seulement sur les premiers accès, mais sur tous ceux d'une fièvre successivement tierce et double-tierce, et sur un sujet qui, guéri depuis deux ans d'une induration de la rate, n'en souffrait nullement depuis lors : ce fait me paraît surtout remarquable par le rapport rigoureux dont il démontre l'existence entre l'époque où la souffrance de la rate s'est manifestée et l'intensité des accès que sa tuméfaction douloureuse annonçait, les accès forts ayant été devancés de deux heures par la douleur de la rate, l'accès faible du 2 décembre, d'une heure seulement, et le simulacre du dernier accès n'ayant consisté que dans une faible douleur de la rate. Dans la cinquième observation, les paroxysmes d'une fièvre double-tierce grave sont aussi annoncés constamment deux heures à l'avance par l'accroissement du volume et de la douleur de la rate. Dans la sixième, l'engorgement douloureux de cet organe précède d'un mois, sur un sujet sain, une fièvre tierce dont les symptômes dominans sont la souffrance du même viscère et l'accroissement de son induration. La douleur de la rate précède encore l'explosition de la fièvre mensuelle, décrite dans la septième observation. La huitième enfin nous dévoile, dans la douleur sourde de l'hypochondre gauche, une affection simple et débutante de la rate, dans la nuance obscure où son engorgement n'est pas encore perceptible au toucher, et où sa souffrance doit le plus souvent passer inaperçue. Quoique la valeur de ce dernier fait puisse être contestée en ce que la percussion médiate n'a pas été appliquée à la démonstration physique de l'intumescence de la rate, il me représente la production graduée des prodrômes

de la fièvre et de l'accès fébrile lui-même, sous l'altération croissante de la rate, en l'absence de toute complication propre à en obscurcir le diagnostic.

Je ferai remarquer que, sur les femmes qui nous ont fourni les observations 4, 6 et 7.ᵉ, c'est à l'occasion de la congestion abdominale mensuelle que s'est développé l'engorgement de la rate qui a préludé aux accès fébriles; que chez les malades de nos six dernières observations, l'engorgement primitif de la rate, ou sa récrudescence, a revêtu les caractères de congestions actives, a offert la douleur spontanée et la sensibilité au toucher qu'on retrouve dans les viscères enflammés, et ne peut avoir été la conséquence de la fièvre puisqu'il a devancé son début de plusieurs jours (obs. 3.ᵉ) et même d'un mois (obs. 6.ᵉ), et ses accès ou paroxysmes d'une ou deux heures (obs. 4.ᵉ et 5.ᵉ). Je rappellerai qu'un accès fébrile constitue le tableau raccourci d'une phlegmasie; et j'énoncerai, comme une présomption que me paraissent devoir confirmer des observations ultérieures faites sur une plus grande échelle que les miennes, que les phénomènes des accès fébriles sont à l'engorgement de la rate, ce que le frisson, les longues périodes de chaleur et de sueur sont à la pleurésie, à la péripneumonie, ce que l'ensemble des lésions fonctionnelles que l'on représente par les mots de *fièvre inflammatoire, symptômatique*, est à tout organe dont cette fièvre décèle la souffrance dans les phlegmasies.

En raisonnant dans cette supposition, dont la vraisemblance ressort des faits consignés dans ce travail, l'induration ancienne de la rate, généralement regardée comme une conséquence de la fièvre, consisterait dans sa phlegmasie chronique passée à l'état indolent, inapte dès-lors à développer la fièvre, mais l'éveillant de nouveau dans ses récrudescences aiguës, comme le malade de notre troisième observation nous en donne un exemple.

D'après cette manière de considérer les rapports des affections de la rate à la fièvre périodique, son inflammation

primitivement aiguë, ou la récrudescence de la phlegmasie chronique, serait la condition organique des accès fébriles intermittens.

Mais d'autres faits me font penser, 1.° que l'inflammation de la rate n'est pas la cause unique de la fièvre intermittente; 2.° que des conditions organiques plus complexes sont celles des fièvres rémittentes, et je me propose d'en faire l'objet de nouveaux mémoires sur les fièvres périodiques.

Comme la question qui fait le sujet du mémoire de M. Pezerat, n'a point encore été traitée dans les *Archives*, nous avons cru devoir faire suivre celui-ci de quelques réflexions, afin que tous les élémens de cette question, un peu prématurément résolue, se trouvent exposés.

L'objet de ce mémoire est de démontrer que la fièvre intermittente n'est que le symptôme d'une inflammation de la rate; cette opinion est appuyée sur huit faits auxquels il manque trop de détails pour permettre des déductions positives. En effet, on n'y trouve pas assez de renseignemens sur les phénomènes morbides étrangers à l'état de la rate; et quant aux symptômes présentés par ce dernier organe, ils se résument dans l'énonciation de la douleur perçue à la région qu'il occupe, et de sa tuméfaction appréciable à la vue et au toucher.

Un seul phénomène morbide sert de base à cette théorie: c'est une douleur qui a son siège dans l'hypochondre gauche, et qui précède plus ou moins l'invasion des accès fébriles. Cette douleur se retrouve en effet dans les huit observations du mémoire. Il n'en est point ainsi de la tuméfaction de la rate dont il n'est point fait mention dans deux observations sur huit.

Pour que de la présence de ces symptômes on pût tirer une telle conclusion, il faudrait qu'ils se représentassent dans tous ou presque tous les cas de fièvre intermittente; il faudrait en outre que, dans la majorité des cas au moins,

les gonflemens avec douleur de la rate déterminassent des accès de fièvre intermittente. Or, nous pouvons avancer que, loin d'être constans, ces symptômes manquent dans une proportion immense de cas ; et les annales de la science en renferment un bon nombre où des affections de la rate de nature très-diverse, telles que congestion avec ou sans douleur, hypertrophie, etc., ont existé sans produire jamais rien qui ressemblât à des accès de fièvre intermittente.

Mais admettons que la douleur et l'engorgement de la rate existent dans tous les cas de fièvre intermittente, que pourrait-on rigoureusement en conclure? De ce que certaines fièvres intermittentes ont pour prodrôme une céphalalgie très-vive qui précède chaque accès de plusieurs heures, est-on en droit d'en conclure que la fièvre a son siège dans la tête (1)? Est-ce qu'une affection, quelle qu'elle soit, n'existe pas dans l'économie animale avant de produire des symptômes? et dans le cas qui nous occupe, cette douleur et cette tuméfaction ne sont-elles pas tout simplement les premiers symptômes appréciables de l'affection fébrile intermittente? Une seule chose découlerait de la constance de ces symptômes si elle était réelle; c'est que toutes les fièvres intermittentes offrent des phénomènes morbides communs qui en font une véritable famille naturelle.

Les auteurs qui ont attribué les fièvres intermittentes à une affection de la rate, tout occupés d'un seul phénomène, ont semblé perdre de vue tous les autres, ou du

(1) *Voyez* dans STRACK, *Observ. medic. de feb. intermitt.*, obs. 41, un exemple de fièvre intermittente dont chaque accès est précédé *de deux heures* par une toux dont l'intensité est proportionnée à l'intensité de l'accès fébrile qui va suivre. Par l'usage du quinquina, on supprime la toux et la fièvre; si la toux, après un long intervalle de temps, se manifeste de nouveau, la fièvre ne manque pas de reparaitre. On pouvait d'avance reconnaître par cette toux les récidives de la fièvre qui était assez souvent occasionnée par l'intempérance du malade. — L'auteur cité n'a point eu l'idée de faire de la fièvre intermittente une phlegmasie des bronches.

moins, s'en être rendu compte d'une manière imparfaite. Ainsi, nous ne pouvons admettre le parallèle qu'on a établi entre le frisson des fièvres intermittentes et celui qui signale ordinairement le début de l'inflammation d'un viscère tel que le poumon, etc., entre le stade de chaleur et l'état fébrile qui coïncide avec l'acuité de cette inflammation; et enfin, entre le stade de sueur et les transpirations abondantes qui ont lieu à la fin de la même inflammation, phénomène qui, du reste, est loin de se reproduire toujours (1). Il est d'ailleurs extrêmement difficile de concevoir qu'une inflammation assez profondément établie dans un tissu pour y déterminer des altérations matérielles, puisse s'en emparer à des époques fixes, pour cesser dans l'intervalle (2).

En admettant comme cause de la fièvre intermittente la congestion sanguine de ce viscère, phénomène dont on peut concevoir très-bien la périodicité, nous ne ferions qu'éloigner la difficulté; il faudrait encore rechercher la cause de ce phénomène singulier, la périodicité, que personne n'a encore expliquée, et, malgré tous nos efforts, la congestion de la rate demeurera effet et non cause.

Quelques remarques encore : ni l'inflammation, ni la congestion d'aucun autre viscère, ne déterminent des accès de fièvre intermittente. — Dans plusieurs des cas cités par M. Pezerat, le malade avait eu des fièvres intermittentes avant d'être soumis à l'examen de ce médecin, et ces fiè-

(1) *Voyez*, à l'occasion de cette comparaison, M. Rayer, *Diction. de Méd. en* 21 *vol.*, t. XII, p. 387.

(2) Ceci nous rappelle une phrase de M. Mongellaz, qui dit sérieusement que l'on ne connaît point de *cancer, ni de phthisie pulmonaire intermittents!* (*Essai sur les irritations intermittentes*, t. I.er, p. 11). — En général, les inflammations ont une marche continue et rémittente, et ne se montrent qu'assez rarement avec le type intermittent; dans ce cas même, elles sont le plus souvent consécutives à d'autres affections. Si quelques modernes ont émis une opinion contraire à celle que je viens d'énoncer, c'est qu'ils ont pris des rémissions et des exacerbations pour de véritables intermissions...... (M. Rayer, *loc., cit.*, p. 395).

vres avaient pu être *causes* de l'affection de la rate. — Aucun résultat d'inspection cadavérique n'est cité à l'appui de la doctrine qui reconnaît la fièvre intermittente pour une splénite. — Si la fièvre intermittente est une inflammation de la rate, son traitement n'est-il pas la chose la plus bizarre? etc., etc.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a cherché à *localiser* la fièvre intermittente, et qu'on a voulu en faire une phlegmasie; cette dernière opinion a été surtout soutenue par l'école physiologique; mais d'après M. Mongellaz (*Essai sur les irritations intermittentes*), les fièvres intermittentes sont, non des *splénites*, mais des *phlegmasies gastriques ou gastro-entériques*. L'importance incontestable des organes digestifs rend cette hypothèse un peu moins invraisemblable que celle qui en met le siège dans la rate. C'est M. Audouard qui a, sinon le premier, du moins avec le plus de talent, soutenu que le siège primitif de la fièvre intermittente est dans cet organe. Suivant lui, c'est la réplétion de l'organe splénique qui produit la réaction et les différens phénomènes sympathiques qui surviennent dans le deuxième stade, même dans les fièvres pernicieuses!! On voit qu'il y a une nuance très-marquée entre l'opinion de M. Audouard et celle de M. Pezerat; l'un admet une *réplétion*, l'autre une véritable phlegmasie. La première hypothèse se trouve en opposition avec nos connaissances physiologiques, en attribuant à la simple réplétion d'un organe à vitalité obscure des phénomènes si variés et souvent si redoutables.

Plus récemment M. Piorry a publié un mémoire *sur l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes* (1).

(1) Dans ce titre, ce n'est plus une réplétion, ni une inflammation, c'est une hypertrophie; ce qui n'empêche pas l'auteur de dire, page 368 : .... « Qu'il est certain que l'état de la rate dont il s'agit, consiste dans une congestion de cet organe. » — Les mots *hypertrophie* et *congestion* ne sont cependant pas synonymes; ils expriment au contraire des états pathologiques très-différens. Aucune

Ce médecin, s'appuyant sur de nombreux résultats de la percussion médiate, insinue, plutôt qu'il n'affirme, que la rate est affectée dans tous les cas de fièvre intermittente. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Dans les faits précédens il y a eu, dans 22 cas sur 27, hypertrophie de la rate; dans un cas, souffrance de la rate sans hypertrophie; dans trois cas, maladies d'organes qui touchaient à la rate; et dans le dernier, il s'agissait d'une maladie *fort différente* des fièvres intermittentes ordinaires, puisque la chaleur précédait la sueur. Il semblerait donc que toutes les fièvres intermittentes *légitimes* et *franches* coïncideraient avec une souffrance de la rate. » La conclusion n'est pas excessivement rigoureuse. Il nous semble que dans une question comme celle-là, on ne devrait pas négliger les recherches d'une foule d'observateurs qui ont écrit sur la matière, et qui semblent avoir mis aussi eux beaucoup d'attention dans leurs observations (1). Il résulte de la lecture de leurs ouvrages, que la souffrance de la rate n'est point un phénomène constant, et que parmi les altérations anatomiques dévoilées par l'autopsie, un certain nombre d'organes en offrent qui sont tout aussi graves et presque aussi fréquentes que celles de la rate. Le docteur Nepple, qui a exercé la médecine dans un pays où les fièvres sont endémiques, considère l'engorgement de la rate seulement comme *fréquent*, et il ajoute, comme pour répondre aux insinuations interrogatives de M. Piorry et aux idées théoriques émises dans le mémoire qui précède : « .... Et, en effet, c'est une simple obstruction, une congestion sanguine et passive, puisqu'elle ne se forme que pendant le stade de froid, au moment où la circulation veineuse est embarrassée. Il ne peut donc pas y avoir le moindre doute sur la cause de l'obstruction. Celle-ci est un produit de la fièvre, et n'en est jamais la cause. *Cette lésion ne tient pas toujours à la fièvre;* elle dépend

science n'est possible, la science de la médecine moins que toute autre, sans une précision rigoureuse de langage.

(1) *Voyez* parmi les modernes, Baillie, Nepple, Faure, etc.

souvent, comme je l'ai dit, de la seule constitution des habitans des marais (1). » Du reste, on ne peut rien conclure du mémoire de M. Piorry, où ce médecin pose un grand nombre de questions auxquelles, malgré ses efforts, il ne peut trouver aucune solution, de telle sorte que le lecteur, cherchant en vain si l'auteur a une opinion, se trouve par contre-coup dans la position d'esprit la plus pénible.

Le docteur Nepple, juge compétent dans la matière, a répondu directement au mémoire de M. Piorry, et, suivant nous, avec un plein succès (2). Voici un très-court extrait de sa lettre que nous voudrions reproduire en entier : « L'engorgement de la rate s'opère d'une manière plus ou moins évidente chez le plus grand nombre d'individus atteints de la fièvre d'accès; c'est un symptôme anatomique presque obligé de cette maladie; mais aussi cet engorgement est souvent peu prononcé, quelquefois presque impossible à constater, et se dissipe dans l'intervalle d'un accès à l'autre, ou peu de temps après la cessation complète de la fièvre; tandis que d'autres fois, comme l'a observé Sydenham, et moi-même bien souvent, l'obstruction splénique *ne commence à bien se manifester que du moment où les accès ont été arrêtés*..... L'engorgement de la rate, s'opérant toujours matériellement par le sang veineux, c'est au reflux et à la stagnation de celui-ci qu'on doit l'attribuer. Ce reflux et cette stagnation dépendent à leur tour de l'embarras qui a lieu presque constamment dans la circulation veineuse abdominale pendant le prêmier stade de chaque accès..... Aussi l'engorgement de la rate est-il faible ou presque nul

(1) *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes*, p. 241. — Cette affection de la rate, toujours liée à un obstacle au cours du sang dans le tronc ou les branches de la veine porte, n'appartient pas exclusivement à la fièvre intermittente; toutes les maladies du foie, des ovaires, du pancréas, etc., qui gênent la circulation veineuse abdominale, donnent lieu à son développement. (M. RAYER, *loc. cit.*, p. 356).

(2) *Lettre sur l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes.* (*Gaz. méd.*, 1833, p. 613.)

toutes les fois que le premier stade de la fièvre a été court et peu marqué, que le cours général de la maladie n'a pas dépassé deux septénaires, que le sujet est d'une constitution fortement contractile, et que les organes abdominaux sont parfaitement intègres, de même que le ventricule droit du cœur.... Mais cet engorgement sera d'autant plus manifeste et de longue durée, que le frisson, le froid glacial, le tremblement du premier stade, auront été plus intenses, plus prolongés et plus souvent répétés; que la constitution sera plus molle, plus veineuse; les veines abdominales et les viscères plus amples et plus lâches, comme on le remarque chez l'indigène des pays marécageux; enfin, et c'est là une circonstance accidentelle, que la sueur qui termine chaque accès aura été moindre ou plutôt refoulée par imprudence.. Car s'il est un fait certain en médecine, c'est celui de l'obstruction de la rate, bien plus fréquente et surtout plus considérable et plus rebelle pendant le cours de la fièvre quarte et dans les circonstances que nous venons d'indiquer, que dans toute autre.... Ce n'est pas seulement la rate qui souffre de la réplétion sanguine veineuse, c'est encore tout l'appareil veineux et lymphatique sous-diaphragmatique......, etc. »

M. Nelet a recueilli dans le service de M. Piorry, à l'hôpital de la Pitié, et publié l'année dernière, dans sa thèse, deux observations beaucoup plus spécieuses que celles de M. Pezerat. L'une d'elle a été imprimée dans ce Journal, cahier de mars 1834, page 137. — On y voit l'inflammation de la rate, ou du moins son engorgement douloureux causé par une violence extérieure, s'accompagner d'une fièvre intermittente tierce guérie par le sulfate de quinine. Mais qui ignore qu'une fièvre intermittente, de quelque type qu'on voudra, puisse être déterminée par une variété presque infinie de causes? Une chute, un accès de frayeur, l'influence subite du froid, celle d'un soleil ardent (1), etc. »

(1) Faure. *Des fièvres intermittentes et continues*. 1833.

sont autant de causes de cette espèce d'affection (1). Ce fait n'a donc rien de concluant ; rien ne prouve que les accès ont été déterminés par l'inflammation de la rate plutôt que par la chute ou par l'émotion qui a dû en être le résultat (2).

L'opinion la plus généralement admise actuellement, c'est que la fièvre intermittente est une affection des centres nerveux (3). Cette doctrine est la plus satisfaisante de toutes celles qui ont été émises jusqu'à présent. Mais si nous sommes éclairés sur le siège probable de cette affection, elle n'en est pas moins encore pour nous un profond mystère sous beaucoup de rapports.

Sans aucun doute, la localisation des maladies a été une grande et belle idée; la médecine a encore beaucoup de chemin à faire dans cette voie. Mais cette voie n'est point sans limites : elle a ses écueils. On saura se renfermer dans les unes et éviter les autres, si, aux travaux de détails, on réunit les idées d'ensemble; si l'on n'étudie point un phénomène morbide isolément et sans y rattacher non seulement tous les phénomènes morbides, tant généraux que locaux, qui viennent se grouper autour de lui, mais encore toutes les idées de physiologie et de pathologie générale

---

(1) Toute irritation locale un peu vive, quel que soit son siège, peut, par son influence sympathique sur le système nerveux, déterminer le développement d'une fièvre intermittente. (M. Rayer, *loc. cit.*, p. 369).

(2) *Voyez* dans la *Gazette médicale*, N.° du 30 mai 1834, une observation de fièvre intermittente triple-tierce, survenue à la suite d'une hémorrhagie utérine, etc., et rattachez-la, si vous pouvez, à une phlegmasie de la rate. On sait que quelquefois des fièvres intermittentes sont causées par le cathétérisme, chez des sujets non exposés aux causes admises de ces fièvres. On en lit un exemple fort remarquable dans le tome I.er du *Traité des fièvres* de Giannini. Hallé rapporte qu'une personne faisant des expériences de chimie, et laissant dégager de l'hydrogène impur, fut prise de fièvre intermittente. (Cité par M. Mongellaz, *Essai sur les irritations intermittentes*, tome II, p. 475).

(3) *Voyez* l'excellent article de M. Rayer, sur les fièvres intermittentes, déjà cité.

qu'il doit naturellement rappeler à l'esprit de l'observateur versé dans ces sciences. G. R.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. CHASSAIGNAC, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 4.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois de Juin.)

Collections purulentes dans l'articulation du coude-pied et dans le rein. — Hypertrophie du cerveau chez un individu qui a présenté des symptômes épileptiformes. — Migration d'un polype des fosses nasales vers le grand angle de l'œil et le trou sphéno-palatin. — Consolidation d'une fracture du fémur par plaie d'arme à feu. — Ankylose de l'articulation du genou par cause multiple. — Luxation incomplète de l'astragale chez un sujet qui avait une atrophie congénitale de la cuisse. Articulation accidentelle entre le calcanéum et le péroné. — Fracture du col du fémur non consolidée après huit mois; destruction de la presque totalité du col; rudiment de fausse articulation entre les fragmens. — Destruction partielle de la voûte palatine. — Apoplexie pulmonaire suivie de mort immédiate. — Etat du cœur dans les hémorrhagies. — Matière blanchâtre dans les veines d'un col utérin concéreux. — Bruit de frottement dans la péritonite. — Invagination du cœcum et du colon droit dans le colon transverse. Anciens sacs herniaires traversés par une bride épiploïque, et simulant des hydrocèles enkystés du cordon. — Scirrhose du foie. — Fœtus anencéphale avec bec-de-lièvre double.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Rufz présente un *épanchement purulent* contenu dans *l'articulation tibio-tarsienne* d'un homme qui a succombé après avoir offert quelques symptômes de résorption purulente. M. Rufz a trouvé dans le rein du même sujet des abcès analogues à ceux qu'on appelle métastatiques. On y voit encore des plaques d'une matière caséeuse, mais qui sembleraient provenir d'un travail déjà ancien. Toutefois en divisant la substance, on retrouve un petit abcès du volume d'une noisette, parfaitement circonscrit, renfermant un pus homogène.

M. Cazeaux présente le *cerveau* d'un individu qui fut amené à l'Hôtel-Dieu pour une *colique de plomb*, et qui présenta pendant son

séjour à cet hôpital des symptômes *épileptiformes*. Lorsqu'on eut, à l'autopsie, pratiqué au crâne une ouverture avec le trépan, le cerveau vint combler cette ouverture comme s'il eût été dans un état de compression. Au simple aspect, son volume paraît plus considérable que dans l'état normal; les circonvolutions sont aplaties. D'un autre côté, les ventricules ne contiennent point de sérosité, bien que leur capacité paraisse un peu plus considérable que dans l'état normal.

M. Lenoir présente un *polype* de nature sarcomateuse et médullaire qui, développé d'abord à la partie postérieure du méat moyen des fosses nasales, avait pénétré, par suite de la destruction de l'os planum, dans l'orbite, s'était propagé, en déterminant l'atrophie du globe de l'œil, jusqu'au grand angle de l'orbite où il avait déterminé la perforation ulcéreuse de la peau. — M. Cruveilhier, qui a observé cette femme pendant la vie, a fait connaître qu'il y avait eu des hémorrhagies très-abondantes par le grand angle de l'œil. Du reste, le diagnostic n'avait pas été porté. Un petit prolongement de la tumeur se prolongeait en arrière jusque dans le trou sphéno-palatin.

M. Chassaignac présente une ancienne *fracture du fémur* causée par une balle qui a traversé la cuisse; cette pièce a été recueillie chez un sujet qui servait aux opérations. Voici l'état de la pièce anatomique : la cuisse était raccourcie d'à-peu-près trois pouces; elle présentait deux anciennes cicatrices, l'une en dehors, de forme irrégulièrement linéaire, l'autre en dedans, moins élevée que la première d'à-peu-près quatre pouces, parfaitement arrondie et comme rayonnée. Il y avait impossibilité de fléchir le genou : le seul sens dans lequel on pouvait mouvoir la jambe sur la cuisse était l'extension qu'on pouvait augmenter au-delà de l'état rectiligne du membre; celui-ci présentait, même en l'absence de toute tentative de mouvemens, et par le seul fait de sa disposition acquise, une flexion à la partie antérieure, la cuisse et la jambe formant un angle rentrant en avant. La fracture, enveloppée de tous côtés par un tissu fibro-cartilagineux extrêmement dense, occupait la partie moyenne de la cuisse; plus rapproché toutefois de l'extrémité inférieure, le fragment supérieur placé au-devant de l'autre le chevauchait dans l'étendue de quelques pouces; le fragment inférieur, présentant dans toute son étendue un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal, était un peu dévié à la partie externe du membre, et se continuait en arrière avec le supérieur par une masse osseuse bien arrondie, tandis qu'en avant le fragment supérieur formait un relief très-tranchant, et qu'à la partie externe on trouvait entre les deux fragmens une très-profonde excavation, dans laquelle étaient encore des fragmens de la balle, et qui était comblée par une masse compacte de tissu fibro-cartilagineux. La portion antérieure du crural était interrompue, et le sommet du fragment supérieur donnait insertion aux fibres profondes de ce muscle. Il y avait ankylose de l'articulation du genou. Cette ankylose tenait à des causes multiples : 1.° les muscles de la

partie antérieure de la cuisse étant presque complètement interrompus au-devant de la fracture ; la longueur diminuée de ces muscles était devenue un obstacle à ce qu'ils prêtassent autant qu'ils le peuvent quand ils sont dans leur état naturel ; 2.° d'une autre part, la portion de muscle étendue entre la rotule et la fracture avait contracté une rigidité telle, que la rotule était fortement appliquée contre la partie antérieure de l'articulation, comme par une corde très-raide ; 3.° enfin, la rotule avait contracté des adhérences filamenteuses avec la partie antérieure des condyles ; 4.° indépendamment de ces lésions il y avait déformation des surfaces articulaires ; les condyles, au lieu d'être bombés inférieurement, étaient aplatis et comme écrasés.

Le même membre présente une *luxation incomplète de l'astragale*, recueillie également chez un sujet qui a servi aux manœuvres d'opérations ; voici quelles sont les circonstances anatomiques les plus importantes de cette pièce :

L'astragale répond au tibia par la moitié postérieure de sa poulie articulaire ; toute la moitié antérieure, qui était recouverte par un tissu fibreux très-résistant, offre encore quelques vestiges du cartilage d'encroûtement ; la petite coulisse, placée en arrière de la poulie astragalienne, répondait à la surface articulaire du tibia ; d'un autre côté la tête de l'astragale, dans son articulation avec le scaphoïde, était incomplètement luxée à la partie antérieure. Cette tête était en outre surmontée en avant par une saillie de nouvelle formation qui formait avant la dissection un relief considérable à la face dorsale du pied. Une des circonstances les plus curieuses de cette semi-luxation est le contact qui s'était établi entre le calcanéum et l'extrémité inférieure du péroné. Par suite de l'extension forcée du pied, ces deux os en étaient venus à se toucher par deux points : 1° En arrière par une petite facette articulaire de nouvelle formation, complètement isolée et placée en arrière de la dépression qui existe derrière la surface astragalienne du calcanéum. 2° En dehors, par le contact de la face externe du calcanéum qui venait répondre à la partie la plus culminante de la malléole externe, il n'y avait point ici de surface articulaire de nouvelle formation. Le muscle pédieux, presque complètement atrophié, était rejeté en dehors de la saillie formée par la tête de l'astragale. Le nerf jambier antérieur, au moment de son passage sur la saillie formée par l'astragale, présentait un *ganglion fusiforme* très-dur.

Cette pièce anatomique ayant été recueillie chez un sujet qui présentait un raccourcissement du membre pelvien par atrophie du fémur, M. Chassaignac demande si la luxation était le résultat d'un accident, ou bien si elle ne dépendait pas plutôt des efforts incessans du malade pour rétablir par une extension forcée l'inégalité de longueur des deux membres. M. Cruveilhier se range de cette opinion ; il fait remarquer en outre que cette altération des articulations du pied

se rapproche beaucoup de celle qui constitue le pied-bot et de celle qu'on nomme le pied-équin.

L'interprétation de cette pièce n'a pas semblé devoir être la même à tous ceux qui l'ont examinée. M. Bérard n'y voit point une luxation de l'astragale, mais bien une luxation du pied en avant. — M. Chassaignac fait observer que ce qui l'a porté à dénommer cette lésion une luxation de l'astragale, c'est la sortie partielle de la tête de cet os hors de la cavité du scaphoïde, et que sans cette circonstance il n'aurait vu, comme M. Bérard, qu'une luxation en avant. M. Bérard croit aussi que la lésion est accidentelle et n'est pas le résultat progressif de l'action prépondérante des extenseurs du pied, il se fonde sur ce que ces muscles sont atrophiés aussi bien que les fléchisseurs du pied, ce qui ne devrait pas avoir lieu. M. Cruveilhier répond que l'atrophie des muscles extenseurs du pied se concilie très-bien avec la supposition qu'ils aient pu produire la sémi-luxation ; en effet, tant que la déviation n'est pas devenue permanente, les muscles agissent pour la produire, et alors ils peuvent être hypertrophiés ; mais quand une fois le déplacement est rendu permanent, les muscles, n'ayant plus à agir, peuvent s'atrophier consécutivement.

M. Vernois présente un cas de *fracture du col du fémur* avec destruction presque complète du col. Cet accident, qui a eu lieu chez une femme de 69 ans, date d'environ huit mois. Aucun traitement n'avait été appliqué à cette fracture, et la malade a succombé à une autre affection. Les deux surfaces qui se correspondent dans le foyer de la fracture offrent un aspect mamelonné, mais assez lisse, et semblaient préparées à former une fausse articulation.

M. Reignier présente un cas de *destruction partielle de la voûte palatine* qui est perforée d'un trou de forme ovalaire et sur le pourtour duquel la muqueuse est parfaitement cicatrisée. Cette destruction, dont l'origine est regardée comme syphilitique, rendait la parole très-difficile quand la malade était privée de l'obturateur remplaçant la voûte palatine.

M. Caseaux présente les *poumons* d'une fille de dix-huit ans qui a succombé en quelques heures à une *hémoptysie*. Les coupes faites dans la substance du poumon offrent à leur surface un aspect tigré. La substance des deux poumons était dans le même état, seulement les épanchemens sanguins étaient plus abondans et plus nombreux du côté droit que du côté gauche. Il existait chez cette fille des concrétions pierreuses assez considérables à l'origine de la bronche droite et derrière la trachée. Le ventricule gauche était vide, mais non revenu sur lui même. — M. Cruveilhier a avancé que chez les individus morts d'hémorrhagie, le ventricule gauche est constamment revenu sur lui même. Cette assertion n'est nullement contredite par le cas actuel, car M. Cruveilhier admet aussi que, quand la rigidité a cessé, le cœur peut reprendre son état ordinaire ; il établit seulement qu'il n'a pas

trouvé un seul individu mort d'hémorrhagie, qui, durant la rigidité cadavérique, n'eût le cœur revenu sur lui même, au point que les parois vinssent au point de contact. M. Teissier fait remarquer que chez les cholériques il y avait contraction persistante du ventricule gauche.

M. Reignier a trouvé, chez une femme atteinte de *cancer du col utérin*, une communication entre l'utérus et le vagin par *perforation* cancéreuse *de la cloison vésico-vaginale*. Dans l'intérieur de l'utérus existait un polype, au centre duquel M. Reignier a rencontré quelques vésicules renfermant un liquide transparent. M. Cruveilhier croit apercevoir dans quelques-unes des veines du col de l'utérus des traînées de matière blanche. M. A. Bérard s'est en effet assuré qu'il existait dans l'intérieur de ces veines une matière blanchâtre ressemblant à du pus.

M. Desprez communique à la Société quelques détails sur *l'auscultation du ventre* dans la *péritonite*. Il pense que dans les premières périodes de la maladie et avant qu'il y ait un épanchement, on entend un bruit de cuir ou de frottement, analogue à celui qui a été indiqué comme appartenant à la péricardite.

M. Grizolles présente un cas *d'invagination* de la fin de l'intestin grêle et du cœcum. Dans le colon ascendant et le colon transverse, il y avait rupture de l'intestin grêle au-dessus de l'invagination. Le malade a succombé avec des symptômes d'une péritonite dont on a retrouvé des traces à l'autopsie. Il y avait eu du dévoiement.

M. Maisonneuve présente deux anciens *sacs herniaires* placés dans le cordon et ayant au premier abord l'aspect de deux hydrocèles enkystés du cordon. A travers le sac le plus élevé passe un prolongement très-mince de l'épiploon qui va s'implanter au fond du second sac en traversant un retrécissement ou collet qui sépare les deux sacs l'un de l'autre. Il semble donc qu'il y ait eu un premier sac, puis réduction de l'intestin, mais persistance d'une bride épiploïque; ensuite un second sac dont l'intestin a encore été expulsé, mais qui est traversé par la languette épiploïque qui va adhérer au fond du premier sac.

M. Cruveilhier présente un fœtus d'environ 8 mois, anencéphale et avec un bec de lièvre double.

M. Stansky présente à la Société un cas de *scirrhose* avec *dilatation de la veine porte*. — Le sujet chez lequel cette pièce a été recueillie, présentait une hydropisie. Au sujet de la coexistence très-fréquente entre l'ascite et la scirrhose, M. Cruveilhier dit que la scirrhose est presque toujours consécutive; il fait remarquer aussi que les vaisseaux sont beaucoup plus faciles à isoler du parenchyme dans les foies scirrhosés, et qu'ils sont sous ce rapport dans les mêmes conditions que les grains glanduleux, ce qui tient à la même cause, puisque l'isolement facile des grains glanduleux, facilite l'isolement des vaisseaux.

Les diverses dispositions dont nous venons de parler ont été constatées sur un foie de zèbre, mort avec une ascite et qui avait été donné à M. Cruveilhier par M. Frédéric Cuvier.

Extrait d'une observation de calcul biliaire passé de la vésicule dans l'intestin grêle par une communication fistuleuse et déterminant des symptômes mortels d'étranglement interne, par M. Renaud, *interne à l'hospice de la Vieillesse* (Femmes).

Marie, âgée de 75 ans, reçue à l'hospice de la Salpétrière, à cause de son grand âge, jouissait d'une bonne santé, sauf une constipation habituelle. Le 11 janvier 1834, après son repas, elle fut prise de vomissemens qui continuèrent la nuit et les jours suivans.

Le 14 janvier, jour de son entrée à l'infirmerie, elle présentait les symptômes suivans : vomissemens fréquens de matières d'abord alimentaires, puis bilieuses, point de céphalalgie, peu de soif, très-vives douleurs à l'épigastre et dans le flanc droit, légère tension de l'abdomen, constipation. On sentait, en palpant la région du colon, quelques tumeurs stercorales dures. (Cat., lav.)

Le 15, vomissemens abondans de matières vertes sans mauvaise odeur. Face grippée, yeux abattus, langue sèche, rouge à sa pointe; abdomen moins sensible à la pression, plutôt empâté que tendu; peau chaude, pouls filiforme, abdominal. (Cat., pot. huil.)

Le 16, vomissemens toujours bilieux, sans odeur; pas d'évacuations alvines; douleurs abdominales aiguës; pouls à peine sensible; extrémités froides : on croit sentir à travers les parois abdominales et du côté droit, un empâtement et même un corps arrondi qui pouvait être l'obstacle au cours des matières fécales.

Mort le 17 janvier.

Autopsie. — L'estomac très-dilaté descendait jusqu'au bas de l'hypogastre; le duodénum était resté à sa place ordi-

naire, retenu par des adhérences avec la vésicule et le foie. Les tuniques intestinales étaient saines, mais la partie supérieure de l'intestin grêle a subi, dans l'étendue de plusieurs pieds, une dilatation considérable : la partie inférieure, diminue de diamètre. A la partie supérieure de l'intestin grêle était une tumeur oblongue, très-dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon, formant obstacle au cours des matières fécales. Cette tumeur était un calcul biliaire. Des adhérences solides existaient entre la vésicule du fiel et le duodénum, et une large perte de substance limitée par elles faisait communiquer les deux cavités. Cette perforation ne paraissait pas très ancienne. Le gros intestin contenait des matières fécales très-dures.

Rapport sur l'observation précédente; par M. MAISONNEUVE.

Un très-petit nombre de faits semblable existe dans la science. Le premier, inséré dans les Bulletins de la Société anatomique pour l'année 1829, est dû à M. Monod. C'est un cas d'obstruction complète du jéjunum par un calcul biliaire, chez un vieillard qui, dans les derniers jours de sa vie, avait été en proie à tous les accidens des étranglemens internes. Ce calcul, de forme conique, avait un pouce 3 lignes de hauteur, et un pouce 2 lignes de diamètre à sa base qui était tournée du côté de l'estomac. Les parois du jéjunum étaient fortement appliquées sur lui. Une grande quantité de liquide distendait la partie supérieure du tube intestinal, qui offrait quelques traces d'inflammation. Le duodénum et le colon ascendant adhéraient au fond de la vésicule biliaire. Une perforation, qui permettait la facile introduction du doigt, établissait une communication entre la cavité du duodénum et celle de la vésicule.

Le deuxième, cité par M. Leigh Thomas, dans le *The medico-chirurgical Transactions*, est un cas d'obstruction du gros intestin, causée par une pierre biliaire d'un volume extraordinaire ; ce calcul donna lieu à tous les symptômes d'une hernie étranglée. M. Thomas avait proposé l'opéra-

tion, mais la malade s'y refusa; on attendit ; le calcul fut évacué par les selles, et les symptômes disparurent.

Le troisième est rapporté par M. Brayne. Un de ses malades rendit par les selles un énorme calcul biliaire, sans autre symptôme que ceux d'une colique hépatique violente. Après la mort, qui eut lieu plusieurs années après, on trouva la vésicule et le duodénum solidement adhérens, et présentant les traces d'une ancienne ulcération.

Un quatrième est celui cité dans l'*Ancien Journal de Médecine*, d'une femme septuagénaire qui, depuis trois ou quatre mois, était affectée d'une douleur fixe vers la région du cœcum. La passion iliaque se déclara, et après plusieurs jours de durée tous les accidens cessèrent par l'évacuation d'un calcul biliaire qui était de couleur jaune, à surface polie, et de la grosseur d'un œuf de poule.

Un cinquième est celui cité par J. L. Petit, d'une dame qui eut une jaunisse accompagnée de coliques. Il parut une tumeur dans l'hypocondre droit, qui, d'abord peu remarquable, devint ensuite assez volumineuse. Divers médicamens furent administrés sans succès. On prescrivit des bains. Après le troisième, la malade eut un vomissement accompagné de convulsions et d'une évacuation de sang fort considérable. On trouva dans les matières une pierre biliaire de deux pouces et demi de longueur sur un pouce et demi de diamètre. Elle était polie par les deux bouts, ce qui fit soupçonner qu'il y en avait d'autres. La malade s'est rétablie.

Enfin le 6.ᵉ est rapporté par Puy-Royer. Il s'agit d'un homme de 56 ans qui depuis long-temps éprouvait de la gêne dans l'exercice des fonctions digestives. Il fut pris tout-à coup de douleurs abdominales et de vomissemens. Les accidens continuèrent pendant treize jours, et les matières vomies, d'abord alimentaires, devinrent successivement muqueuses et stercorales. La constipation était opiniâtre, le pouls faible et petit, les forces abattues. Enfin le malade succomba le 26.ᵉ jour de la maladie. On trouva

dans l'iléon des calculs biliaires agglomérés qui en remplissaient exactement la cavité. Ils formaient par leur réunion un cylindre continu qui se sépara en plusieurs pièces par la dessiccation. La vésicule contenait beaucoup de concrétions analogues, et l'une d'elles obstruait l'extrémité inférieure du canal cholédoque, qui présentait au-dessus une dilatation extraordinaire.

Les faits que je viens de rapporter, joints à l'observation de M. Renaud, confirment pleinement l'opinion de MM. Cruveilhier et Bouillaud; savoir, que les calculs biliaires volumineux rendus par les selles, sortent à travers une ulcération de la vésicule et d'un intestin accolé. Un seul fait (le 6.e) semblerait infirmer cette proposition, mais dans ce cas il s'agit d'une agglomération de petits calculs, et non d'un calcul volumineux. On pourrait même étendre la proposition, et dire que l'issue de ces calculs volumineux se fait le plus souvent à travers une ulcération du duodénum, comme le prouvent l'observation de M. Renaud, celles n.° 1 et 3. De plus, tous ces détails se réunissent pour attester qu'il peut s'établir, même au sein de nos organes les plus importans, un travail d'adhésion et d'ulcération, sans que l'économie en ressente aucun trouble.

Mais c'est surtout sous le rapport pratique que l'examen de ces faits peut nous fournir des considérations intéressantes. D'abord nous voyons que les accidens résultant de cette espèce d'étranglement ne consistent que dans le trouble mécanique de la digestion; qu'il suffit d'enlever l'obstacle pour les faire disparaître, et que lors même que par la persistance de l'obstacle la mort survient, on n'observe aucune altération organique, aucune inflammation notable, soit dans la muqueuse intestinale, soit dans le péritoine. Je ne veux pas dire néanmoins que cela ne puisse jamais avoir lieu. Je connais un fait dans lequel le cœcum étant obstrué par un amas de matières stercorales, la mort a été le résultat d'une gangrène de l'intestin. Mais ce fait diffère essentiellement des trois que j'ai cités, en ce que

le siège de l'étranglement était dans le gros intestin, et non pas dans l'intestin grêle. Dans ce cas, en effet, l'intestin grêle tout entier se trouvant libre, il n'y avait point à la digestion d'empêchement mécanique; la nutrition pouvait avoir lieu. Aussi le malade a-t-il vécu un temps assez long pendant lequel les parois du cœcum ont pu s'enflammer et se gangréner. Lorsqu'au contraire l'obstacle existe dans une portion élevée de l'intestin grêle, la mort arrive avant que l'inflammation ait pu se développer, et cette terminaison est d'autant plus rapide, que le siège de l'étranglement se trouve dans un endroit plus rapproché de l'estomac. Cela se conçoit facilement *à priori*, et les faits le prouvent d'une manière évidente. En effet, dans l'observation n.° 6, l'obstacle existant au milieu de l'iléon, le malade a pu vivre vingt et quelques jours, tandis que dans l'observation n.° 1 et celle de M. Renaud, l'étranglement siégeant au commencement du jéjunum, les malades ont succombé très-rapidement.

Ceci étant posé, voyons s'il est possible de diagnostiquer, approximativement au moins, le siège de ces étranglemens. Pour cela je vais passer rapidement en revue les principaux symptômes de cette maladie. D'abord les vomissemens: lorsqu'un obstacle existe dans la partie supérieure de l'intestin, il est évident que les déjections devront être fréquentes; que jamais elles ne seront stercorales, comme le prouve l'observation de M. Renaud. Si l'obstacle au contraire siège à une partie plus déclive de l'intestin, les alimens ont pu subir un certain degré d'altération; les vomissemens peuvent être stercoraux, comme dans l'observation n.° 6.

Il en est de même pour le ballonnement du ventre: M. Renaud a bien constaté que l'abdomen n'était aucunement distendu, qu'il avait conservé de la souplesse, et cependant il y avait obstacle mécanique à la circulation des alimens, il y avait régurgitation. C'est qu'alors l'étrangle-

ment était à la partie supérieure de l'intestin, que l'estomac seul et le duodénum se trouvaient dilatés, ce qui ne suffisait pas pour distendre l'abdomen. Toutes les fois au contraire que dans des cas analogues l'étranglement aura son siège dans la partie supérieure de l'intestin grêle ou dans le gros intestin, le ventre sera tendu, ballonné; les circonvolutions intestinales se dessineront à travers les parois de l'abdomen, et surviendra tout le groupe des symptômes qui accompagnent la tympanite.

Enfin la marche des accidens généraux, la rapidité avec laquelle ils se manifesteront, l'anxiété, les sueurs froides, les lipothymies, la faiblesse et la dépressibilité du pouls, pourront, tout en donnant la mesure de la gravité de la maladie, servir aussi à faire connaître le siège de l'obstruction. En effet, l'obstacle se trouve-t-il à la partie supérieure de l'intestin grêle, les accidens se succèdent et marchent avec rapidité; la vie est en danger immédiat si l'on n'applique un prompt remède. Le malade reste-t-il au contraire plusieurs jours dans le même état, les vomissemens ne surviennent-ils que long-temps après les premières coliques, les accidens généraux ne se manifestent que lentement et avec peu d'intensité, il est presque hors de doute que l'obstacle réside dans la partie inférieure de l'intestin.

Cependant il ne faudrait pas attacher à chacun des signes que je viens d'exposer, une importance trop grande. Isolés, ils ne donnent guères que la probabilité; réunis, ils constituent une certitude.

Sur les observations que nous avons rapportées, quatre fois les forces de l'organisme ont pu suffire à l'expulsion de l'obstacle, et les malades se sont rétablis. Dans les trois cas qui se sont terminés par la mort, le calcul était libre dans l'intestin qui n'avait pas eu la force de l'expulser. Cette simple exposition des faits trace au médecin la marche à suivre dans le traitement de cette maladie; son rôle doit être d'aider l'organisme impuissant, de solliciter les con-

tractions péristaltiques de l'intestin; l'énergie des moyens qu'il employera sera subordonnée à la gravité des accidens, au siège de l'obstacle.

Cependant il vaudrait mieux alors pécher par trop de hardiesse que par trop de timidité. En effet, la maladie est grave, elle menace la vie d'une manière plus ou moins instante; ce n'est pas là le cas de craindre une légère irritation du tube intestinal. Je crois donc qu'il importe, dans ce cas, d'user largement des purgatifs drastiques, l'huile de croton tiglium, à la dose de trois, quatre ou cinq gouttes, la décoction de noix vomique, etc. Ces médicamens pourront être introduits, soit par l'estomac, soit par les intestins, soit enfin par la méthode endermique, selon les circonstances; quelquefois même il sera utile de combiner ces méthodes.

Cette médication, quelqu'énergique qu'elle soit, ne produira pas de grands accidens; l'intestin, comme je l'ai déjà fait remarquer, n'offre presqu'aucune trace d'inflammation; et si les purgatifs devaient en produire, elle s'appaiserait facilement, comme toutes les inflammations déterminées par des causes externes.

Observation de tumeur encéphaloïde développée dans l'arachnoïde rachidienne, et déterminant la compression de la moelle épinière; par M. HARDY, *interne à l'hôpital Saint-Louis.*

De toutes les causes de compression de la moelle épinière, une des plus rares est certainement l'existence de tumeurs dans ses membranes d'enveloppe. La plupart des observations de ce genre qui ont été consignées dans les auteurs et dans les recueils périodiques, se rapportent à des tumeurs de la dure-mère rachidienne. Une seule, recueillie par M. le docteur Collin, et publiée dans le N.° d'avril 1824

de la *Revue médicale*, fait mention d'une tumeur cérébriforme développée dans l'intérieur de l'arachnoïde, et qui comprimait la moelle à la région dorsale. Cette altération est à-peu près semblable à celle que j'ai rencontrée, et qui, par sa rareté, m'a paru digne de fixer l'attention.

La femme Secouard, âgée de 55 ans, commença, en août 1831, à éprouver dans les extrémités inférieures un affaiblissement accompagné de douleurs très-vives, et de contractures musculaires revenant de temps à autre. Cette faiblesse augmentant toujours, fut portée, au bout de quelques mois, au point de ne plus permettre à la malade de se soutenir sur ses jambes, qui ne pouvaient exécuter aucun mouvement volontaire, quoiqu'elles n'eussent rien perdu de leur sensibilité. Vers le mois de janvier 1832, on lui appliqua des moxas à la région dorsale, sur les côtés de la colonne vertébrale; elle put alors s'appuyer un peu sur ses jambes, et alla même jusqu'à faire quelques pas, soutenue par deux béquilles : mais cette amélioration ne fut pas de longue durée; au bout de deux mois la paralysie revint, et avec elle reparurent des douleurs vives, des élancemens dans *le bas-ventre* et les extrémités abdominales. On essaya plusieurs genres de traitement dont la malade ne put rendre compte; elle parla seulement de l'acupuncture, qui avait été essayée sur une cuisse, et qui, comme le reste, était demeurée sans succès.

Le 11 octobre 1833, la femme Secouard entra à l'hôpital Saint-Louis. Les membres inférieurs atrophiés avaient perdu tout mouvement; il existait un peu de contracture à l'articulation du genou de chaque côté. Ces membres conservaient toute leur sensibilité, et étaient le siège de picotemens et de douleurs qui s'étendaient jusques dans le bas-ventre. Les selles étaient involontaires, les urines coulaient continuellement par regorgement; ces deux derniers symptômes existaient depuis quelques jours seulement. Il n'y avait à la colonne vertébrale aucune déformation, et la malade

n'accusait de douleur dans aucun point de son étendue.

L'état général était assez satisfaisant; il n'y avait rièn d'appréciable du côté de la circulation ni de la respiration.

Tous ces symptômes persistèrent pendant le temps que cette femme fut soumise à notre observation. Peu-à-peu les douleurs augmentèrent d'intensité et empêchèrent tout sommeil; la malade les comparaît à des piqûres d'épingles continuelles. La contracture des membres fut poussée au point de ne pas permettre la moindre extension de la jambe; les talons touchaient presque les cuisses; la malade n'urinait que par regorgement; on était obligé de la sonder deux fois par jour. Aucun nouveau symptôme ne survint avant la mort, qui eut lieu le 26 octobre 1833 : seulement les derniers jours la sensibilité paraissait un peu émoussée dans les membres paralysés. Pendant sa maladie la femme Secouard avait constamment joui de toutes ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes le système veineux extérieur au cerveau et à la moelle très-gonflé et rempli de sang. Cet état était surtout remarquable à la partie inférieure de la moelle épinière. Le cerveau et le cervelet étaient sains; il existait toutefois dans les ventricules un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire.

Au niveau de la deuxième vertèbre dorsale on trouva, à là partie gauche et postérieure de la moelle, une tumeur longue de deux pouces, large de six lignes, de forme à-peu-près olivaire, couchée dans le sens de sa longueur dans le canal rachidien, entre les feuillets de l'arachnoïde. Son extrémité supérieure était placée dans l'écartement des racines antérieures et postérieures de la seconde paire dorsale; la racine postérieure paraissait plus longue et plus mince, comme si elle avait été tiraillée. La tumeur était maintenue dans sa position par quelques petits filamens adhérens au feuillet médullaire de la séreuse; elle ne tenait nullement à sa portion pariétale. A l'extérieur elle était était assez ferme, présentait des inégalités, était d'une cou-

leur blanchâtre et sillonnée par quelques vaisseaux sanguins. En l'incisant, nous vîmes qu'elle était composée d'une enveloppe fibreuse contenant une matière molle, blanchâtre, grumelée en quelques endroits, et se rapprochant du tissu encéphaloïde. La portion de la moelle qui correspondait à la tumeur était diminuée par suite de la compression; son volume était réduit d'un tiers environ. Elle paraissait en cet endroit et au-dessous avoir une consistance un peu moindre qu'à l'ordinaire.

Les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Cette observation est à-peu-près semblable à celle publiée par le docteur Collin. Toutefois comme il n'indique pas de quelle manière la tumeur était maintenue dans sa position, et qu'il se contente de dire qu'elle était développée entre les feuillets de l'arachnoïde, M. Ollivier, d'Angers, qui rapporte ce fait dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, est porté à croire qu'elle dépendait de la dure-mère. Ici elle est évidemment développée dans la cavité de l'arachnoïde; il ne peut y avoir de doute. Elle n'était nullement adhérente à la membrane séreuse pariétale, et tenait seulement, par quelques filamens, au feuillet interne de la séreuse, qu'on voyait parfaitement tapisser la pie-mère en cet endroit. Ainsi on ne peut dire non plus que la tumeur était développée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; car dans ce cas, en haut et en bas, on aurait vu l'arachnoïde se réfléchir sur la tumeur, ce qui n'avait pas lieu. Quant aux symptômes, ils ont été à peu-près les mêmes dans les deux cas; il y avait également paralysie du mouvement et contracture; mais chez la malade de M. Collin, il existait de plus dans les membres inférieurs une paralysie du sentiment qui n'a pas été observée chez notre malade, si ce n'est dans les dernières heures de la vie, où nous avions noté un affaiblissement léger de la sensibilité. L'absence de ce symptôme est d'autant plus remarquable, que la tumeur située en arrière de la moelle

on comprimait surtout la partie postérieure qui, selon les physiologistes modernes, serait spécialement affectée à la sensibilité.

Observation d'héméralopie avec amaurose incomplète; ramollissement et atrophie des nerfs optiques; par M. TEISSIER, *interne à l'Hôtel-Dieu.*

Monestier, maçon, âgé de 48 ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n.° 27, le 11 juin 1833. Depuis quelques mois il ne peut voir qu'en plein jour. La vision est possible du lever au coucher du soleil, mais elle croît ou décroît suivant l'intensité plus ou moins grande des rayons lumineux : faible à midi, elle est très-obscure le soir et le matin, et nulle pendant la nuit. Si l'on présente au malade une lumière artificielle, il la voit; mais les rayons qu'elle lance sur les corps environnans sont faiblement perçus, au point que tous les objets sont confondus pour lui. Du reste la maladie n'a point commencé subitement : insensible dans son début, elle s'est accrue progressivement, et augmente de jour en jour.

Il n'y a jamais eu de douleur à la tête ou aux yeux. Les pupilles dilatées habituellement, sans déformation, se resserrent, mais faiblement par l'action subite de la lumière. Les yeux sont parfaitement transparens. (Saignée; ipécacuanha; séton au col).

Le 23 juin, amélioration sensible dans l'état de la vue. Un érysipèle se déclare autour du séton, des accidens généraux surviennent, et le malade meurt le 30 juin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Les membranes et les humeurs des yeux sont dans un état parfait d'intégrité. Dans l'orbite les nerfs optiques sont un peu atrophiés; leur consistance est à-peu-près naturelle, leur extrémité oculaire présente sa densité habituelle. A partir du trou op-

tique l'atrophie est beaucoup plus considérable; leur couleur est altérée et leur consistance presque nulle. Vers leur côté externe existe une substance bleuâtre diffluente, semblable à la substance grise des nerfs olfactifs. Le côté interne présente une série de points blanchâtres, surtout au niveau du carré; là existe encore une commissure de substance blanche. Le côté externe de chaque nerf semble n'avoir subi aucun changement de direction; au contraire, les deux côtés internes se confondent intimement, sans qu'il soit possible de dire s'il y a ou s'il n'y a pas entrecroisement. La lame de substance grise qui recouvre le chiasma est également bleuâtre et diffluente. Depuis le carré jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, les racines des deux nerfs, d'abord ramollies, cessent de présenter cette altération, mais sont considérablement atrophiées et à peine distinctes des parties environnantes.

On se demandait, il y a quelques années, si le nerf optique jouait un rôle dans la vision, et si cette fonction n'était pas complètement sous la dépendance de la cinquième paire, comme on croit l'avoir démontré pour la faculté olfactive. Dans le cas qui vient d'être rapporté, les racines, le ganglion, la première branche de la cinquième paire et le ganglion ophthalmique, ne présentaient aucune altération pathologique, aucune variété anatomique, et l'on peut conclure qu'une lésion anatomique des nerfs optiques a déterminé seule la perte presque complète de la faculté visuelle.

Affection cancéreuse de la protubérance annulaire du cerveau; par M. Carré, *D. M. P.*

Girard, âgé de 29 ans, d'une constitution délabrée, entre à l'hôpital pour une affection qui date déjà de six ou sept ans. A cette époque il ressentit dans l'oreille gauche

des bourdonnemens qui depuis ne l'ont plus quitté. Au commencement du mois de juin 1833, de légers maux de tête, qui, depuis quelque temps, revenaient par intervalle, s'exaspérèrent tout à-coup; les voies digestives s'affectèrent, et Girard entra à l'hôpital du Gros-Caillou, le 6 du même mois (juin). Il en sortit au bout de cinquante jours, soulagé, mais non guéri, et reprit son service. De temps en temps, surtout quand il était couché dans les corps-de-garde, il ressentait des fourmillemens dans le bras et la jambe du côté droit et dans la partie gauche de la face. Le retour de ses violens maux de tête le déterminèrent à entrer au Val-de-Grâce le 1er octobre, ayant de la céphalalgie, la bouche mauvaise. Peu-à-peu de nouveaux phénomènes survinrent, et le 14 novembre il était dans l'état suivant :

Sujet pâle, décoloré, maigre; décubitus dorsal, avec forte inclinaison à droite; intelligence non altérée; toute la partie gauche de la face présente de notables altérations de la sensibilité et du mouvement; ainsi, le front ne se ride plus, le sourcil est déprimé, les paupières ne peuvent se rapprocher, l'aile du nez est immobile et ne s'écarte pas de la cloison dans l'inspiration; le côté gauche des lèvres ne se contracte plus, la commissure reste immobile; quand le malade veut cracher ou souffler, la joue se laisse distendre, et les crachats ou l'air s'échappent involontairement par le côté gauche de la bouche; la mastication ne se fait plus de ce côté. Dans toutes ces parties la sensibilité est très-obtuse; si l'on touche avec les barbes d'une plume les muqueuses oculaires, nasale, buccale et linguale, elles restent insensibles, tandis que du côté opposé le plus léger toucher détermine du malaise. Le conduit auditif, et la partie de la tête située derrière lui, ont conservé toute leur sensibilité. La vision persiste; la conjonctive, sans cesse exposée à l'air, est presque sèche; le globe oculaire se porte dans tous les sens, excepté en dehors; aussi existe-t-il un stra-

bisme bien prononcé. Quand le malade inspire par la narine gauche, les substances pulvérulentes passent très-facilement dans la bouche. Cependant il apprécie leur odeur, et il reconnaît tout d'abord du tabac que l'on place sous sa narine en fermant l'autre. Il dit pourtant sentir moins bien de ce côté que du côté opposé. La perception des saveurs persiste, mais affaiblie : il reconnaît des substances placées sur le côté gauche de la langue; mais la sensation est plus forte du côté droit que du côté gauche. La langue jouit de tous ses mouvemens, ne se dévie en aucun sens. L'audition est affaiblie, le malade ressent des bourdonnemens, et il faut crier pour se faire entendre de lui quand l'autre oreille est bouchée. Les élévateurs de la mâchoire se contractent à droite et à gauche, comme on s'en assure en mettant la main sur les masséters, mais moins fortement à gauche qu'à droite. Dans l'abaissement le menton se porte du côté gauche, parce que les muscles ne maintiennent plus aussi bien de ce côté le condyle de cet os en rapport avec la cavité glénoïde. La parole est embarrassée, le malade bredouille, souvent la voix tremble.

Le côté gauche du corps n'offre rien d'anormal; mais du côté droit l'épaule est tombante, le membre supérieur paralysé; le membre abdominal a conservé une partie de sa mobilité, la sensibilité y est presque éteinte, et dans le même rapport au reste que le mouvement, c'est-à-dire que le membre inférieur a conservé plus de sensibilité que le supérieur. Quand on met le malade sur son séant, tout le côté droit s'affaisse, et la chute aurait lieu en ce sens si l'on ne soutenait le tronc.

L'appétit persiste, mais peu marqué; le malade dit n'avaler que du côté droit; encore de temps en temps les alimens sont rendus par une sorte de régurgitation. Il y a une constipation opiniâtre qui ne cède qu'aux laxatifs.

La respiration est faible, gênée. Les puissances motrices qui l'exécutent sont affaiblies; l'expectoration est difficile;

les crachats sont muqueux, épais, verdâtres; il y a du râle muqueux. Le pouls est lent et faible.

On a eu recours à de faibles applications de sangsues, au régime, aux révulsifs. Un moxa a été appliqué derrière l'oreille gauche; un séton existe à la nuque. Bientôt l'on ne songe plus qu'à prolonger l'existence du malade et à la rendre moins pénible.

Depuis cette époque, les phénomènes que nous venons d'indiquer se sont prononcés de plus en plus. Jusqu'à la fin pourtant, les sens ont conservé leur action, les muscles de la partie antérieure du cou leur contractilité, la langue tous ses mouvemens. A plusieurs reprises, la rougeur de la langue, l'abondance des vomissemens, forcèrent de diminuer les alimens que le malade n'a jamais cessé de réclamer. L'œil se porta de plus en plus vers le nez; *la parole devint presque inintelligible;* les élévateurs du côté gauche de la mâchoire cessèrent de se contracter; les mucosités accumulées sans cesse dans les bronches gênèrent la respiration et provoquèrent de fréquens efforts de toux qui avortaient en quelque sorte et n'amenaient qu'avec peine des crachats épais; toutes les fois que le malade parlait, sa tête était prise de tremblement.

Le 3 janvier, comme il mangeait de la bouillie, qu'il vomissait presque à mesure qu'il l'ingérait, il fut pris tout-à-coup de suffocation. On alla chercher le chirurgien de garde; mais quelques minutes après il était mort.

Autopsie 19 *heures après la mort.* — Grande maigreur, raideur cadavérique assez forte. En incisant les parties molles derrière la tête et le cou, il s'écoule une grande quantité de sang noir. La moelle épinière est plus consistante qu'à l'ordinaire; du reste sa substance n'est pas autrement altérée. Le cerveau présente aussi plus de consistance, et de plus une injection sablée très-manifeste. Sur la partie supérieure et postérieure des hémisphères, les circonvolutions sont en partie effacées; les ventricules la-

téraux sont distendus par cinq à six onces de sérosité citrine; les parois de ces ventricules ont la même consistance que le cerveau et ne s'affaissent pas quand le liquide est évacué.

Mais c'est à la protubérance annulaire que l'on trouve l'altération la plus remarquable. Sa partie gauche, affectée dans toute son épaisseur, est considérablement augmentée de volume. La tumeur qui résulte de cet accroissement présente à la partie antérieure une surface d'un pouce et demi de haut sur un pouce de large, et se prolonge dans l'étendue de plusieurs lignes sur la moelle et les pédoncules du cerveau et du cervelet, avec la substance desquels elle se confond; tandis que postérieurement l'altération consiste en une plaque arrondie, noire, de six lignes de diamètre à-peu-près, sur laquelle rampe un vaisseau ramifié. Toute la tumeur offre une coloration noire ou d'un violet foncé et est formée par du tissu fibreux, comme lardacé, criant sous le scalpel. La coloration et la dégénérescence se continuent sans ligne de démarcation précise sur la moelle, et sur les pédoncules du cerveau et du cervelet. Sur la face antérieure de la tumeur existe une plaque blanchâtre correspondant à un noyau de substance encéphaloïde non ramollie et contrastant avec l'altération environnante par sa blancheur et sa mollesse comparative. En coupant sur la tache noire qui se voyait sur la paroi antérieure du quatrième ventricule, on arrive sur un caillot de sang de la grosseur d'une fève. On trouve encore épars dans la substance lardacée trois petits caillots sanguins du volume d'une tête d'épingle. Sur le lobe droit de la protubérance, on trouve à la face antérieure une tache noire qui correspond à un caillot sanguin, gros comme une fève de haricot.

Les nerfs du voisinage étaient plus ou moins altérés. Les uns, comme le *trifacial* et la sixième paire, étaient *confondus avec la tumeur*; les autres, comme le facial, l'acoustique, le glosso-pharyngien et le pneumo-gastrique, étaient comprimés et applatis par elle.

On rencontre de la bouillie dans l'œsophage, la trachée-artère et les bronches.

L'estomac contient de la bouillie et présente dans presque toute son étendue une teinte d'un rouge clair. L'intestin grêle paraît sain ; le gros intestin contient beaucoup de matières dures et moulées. Dans toute son étendue, la muqueuse est d'une mollesse extrême, s'enlève très-facilement avec la pulpe du doigt ; elle est en outre parsemée de follicules isolés, de la grosseur d'une tête d'épingle, percés à leur centre d'un orifice bien distinct.

Réflexions. — La cinquième paire préside à la sensibilité générale de la face et des muqueuses oculaire, nasale et linguale, et à la contractilité des élévateurs de la mâchoire inférieure. Aussi, vers la fin de la vie de notre malade, ces diverses fonctions étaient-elles abolies du côté gauche. Mais la sensibilité du conduit auditif et de la partie de la tête située derrière persistait ; ce qui prouve que ces parties ne reçoivent pas de filets de la cinquième paire.

Jusqu'à la fin les sens furent sensibles à l'impression de leurs modificateurs spéciaux, d'où il résulte qu'ils peuvent conserver leur impressionabilité, même en l'absence de la cinquième paire.

Le sens du goût persistait ; ce n'est donc pas le nerf lingual, mais bien le glosso-pharyngien qui préside à cette fonction. Or, ce dernier n'avait éprouvé qu'une compression qui probablement n'avait pas aboli entièrement son action.

L'audition était plus altérée que les autres sensations ; aussi le nerf auditif était-il fortement comprimé.

La désorganisation du nerf de la sixième paire explique parfaitement la déviation de l'œil en dedans.

La paralysie de tous les muscles de la face, et la perte d'expression qui en résultait, s'expliquent par *l'état de compression* où était le nerf facial.

Enfin, la voix était altérée, la déglutition, au dire du

malade, ne se faisait que du côté droit; l'estomac rejetait quelquefois les alimens non digérés ; tout cela tenait à l'état du nerf vague qui, accolé à la tumeur, était comprimé par elle.

La langue avait conservé tous ses mouvemens, les muscles de la partie antérieure du cou leur contractilité, et les tégumens tout autour du cou étaient sensibles ; aussi le nerf hypoglosse était intact, et sans doute le plexus cervical de chaque côté remplissait ses fonctions.

Le nerf spinal du côté droit ne transmettait plus au trapèze l'influence cérébrale, aussi l'épaule droite était tombante. A partir du contour du moignon de l'épaule, tout ce côté était paralysé du mouvement et du sentiment. Le membre inférieur était moins affecté que le supérieur, et la lésion de la protubérance était moindre en avant qu'en arrière, ce qui tendrait à prouver que c'est par la partie postérieure de la protubérance que le membre abdominal entre en communication avec le cerveau.

Comment expliquer la faiblesse de l'acte respiratoire et la constipation qui persista si opiniâtrement jusqu'à la mort.

L'acte respiratoire, privé en grande partie des forces qu'il emprunte au trapèze et à tous les muscles du côté droit, n'avait plus ce ressort qu'il a dans l'état sain ; aussi les efforts de la toux et de l'éternuement avortaient en quelque sorte, ce qui tendrait à faire croire que le nerf phrénique lui-même avait perdu de son influence.

Il n'est pas difficile non plus de donner de la constipation une explication satisfaisante. L'acte de la défécation exige le concours de deux puissances : 1° la contraction de l'intestin ; 2° celle des parois abdominales. Or, pour que les parois de l'abdomen puissent agir, il faut qu'elles jouissent d'une contractilité musculaire énergique et qu'elles trouvent dans les parties voisines un point d'appui solide. Chez notre malade le thorax ne pouvait offrir un ferme point d'appui, ni le ventre se contracter avec énergie, ce

qui devait nécessairement rendre l'excrétion des matières impossible. Pour les urines, ce n'est plus la même chose. La puissance essentielle ici, c'est la vessie, le reste n'est qu'accessoire. La résistance à vaincre est d'ailleurs beaucoup moindre. Rien d'étonnant donc que chez le malade les fèces ne pussent être rendues, quand les urines pouvaient encore l'être.

Extrait du rapport de M. DENONVILLIERS, *sur l'observation précédente.*

Cette observation, intéressante dans ses détails, peut se résumer en deux faits principaux qui me paraissent dignes d'attention : 1° lésion de la sensibilité et du mouvement de la face existant du côté gauche, en même temps qu'une lésion de la même nature occupe le tronc et les membres du côté droit ; 2° altération profonde de la cinquième paire coïncidant avec la paralysie de la face en même temps qu'avec l'intégrité de la vue, de l'odorat et du goût.

Le premier de ces faits peut s'expliquer par le siége de la tumeur qui comprimait après leur naissance, et dans leur trajet même, les nerfs qui se distribuent à la face, tandis qu'elle avait désorganisé avant leur entrecroisement les cordons médullaires qui servent d'origine aux nerfs qui président à la sensibilité et aux mouvemens du tronc. Si on adopte cette explication, il faut joindre ce fait à ceux sur lesquels repose l'opinion généralement admise, qu'il y a entrecroisement d'action dans l'axe cérébro-spinal, au niveau de la protubérance annulaire. Toutefois, cette proposition ne me paraît pas devoir être admise d'une manière absolue ; car j'ai en ce moment sous les yeux l'observation recueillie par M. Jobert, d'une tumeur qui naissait du côté gauche de la protubérance annulaire et avait entraîné l'altération de la sensibilité et du mouvement dans le même côté, tant de la face que du tronc et des membres.

Quant au fait de la persistance de la vue, de l'odorat et du goût, quoique la face fût paralysée du sentiment, le nerf de la cinquième paire étant désorganisé près de son origine, il est en opposition directe avec les expériences de M. Magendie, et tend à prouver que les fonctions du nerf trijumeau sont surtout relatives à la sensibilité de la face, et que ces fonctions peuvent être abolies sans que l'exercice des sens en souffre; en un mot, qu'il y a des nerfs particuliers pour chaque sensation et que le nerf de la cinquième paire n'est pas leur auxiliaire indispensable. Il démontre surtout que le nerf lingual n'a pas, comme on avait essayé de l'établir, une part principale ou exclusive dans la fonction du goût. C'est le nerf glosso-pharyngien que M. Vernière a essayé d'ériger en nerf spécial de ce sens dans un mémoire inséré dans le *Journal des Progrès*, pour l'année 1827. Il appuie cette proposition sur une série d'expériences qui fixent d'une manière précise les points où est produite l'impression des saveurs. Il faudrait, comme complément de la démonstration, une suite de recherches anatomiques qui établît que les parties où se développe l'impression des saveurs sont aussi celles qui reçoivent les filets du nerf glosso-pharyngien. Or, je dois convenir ici que les dissections auxquelles je me suis livré me font incliner vers l'opinion de M. Vernière, et je saisis l'occasion de donner quelques détails à ce sujet. M. Vernière a parfaitement établi, par voie d'expérimentation, que les points sensibles aux saveurs sont les côtés, la pointe, la base de la langue, sa face inférieure et la membrane muqueuse qui recouvre les glandes sublinguales, le voile du palais, les piliers et les amygdales, enfin le pharynx. Les joues, les gencives, le milieu et le dos de la langue sont complètement dépourvus de la sensibilité gustative. Eh bien! les côtés et la base de la langue, le voile du palais, les piliers, les amygdales et le pharynx reçoivent des filets du glosso-pharyngien; il n'est aucune des portions de membrane

muqueuse auxquelles ce nerf se distribue qui ne soit sensible aux saveurs ; aucun de ses filets ne se consume dans les muscles de la langue, (contrairement à l'assertion de la plupart des auteurs d'anatomie). Quelques-uns traversent les muscles stylo-pharyngien et stylo-glosse, mais sans s'y arrêter; aucun ne s'anastomose, soit avec le nerf hypoglosse, soit même avec le lingual, et ce défaut d'anastomose est un des caractères des nerfs spéciaux; (les nerfs optiques et acoustiques ne s'unissent à aucun autre nerf, les anastomoses de l'olfactif avec des filets émanés, soit de la branche ophthalmique de la cinquième paire, soit du ganglion sphéno-palatin, sont douteuses pour le plus grand nombre des anatomistes). Le nerf lingual au contraire est lié à l'hypoglosse par des anastomoses larges et multipliées; avant de se terminer dans la membrane muqueuse de la langue, il forme de petits renflemens de chacun desquels partent en rayonnant cinq ou six filets courts qui se perdent dans la partie charnue de la langue. S'il est vrai que ce nerf donne des filets aux amygdales et au pharynx, qu'il fournit les branches nerveuses principales à la pointe de la langue et à sa face inférieure, il ne l'est pas moins qu'il se distribue au dos de la langue et aux gencives qui ne reçoivent pas l'impression des saveurs, et qu'il n'envoie, au contraire, aucun filet à la base de la langue que M. Vernière considère avec raison comme le point où la sensibilité gustative jouit de la plus grande énergie. Je me sens donc porté, non pas à considérer le nerf glosso-pharyngien comme le seul qui préside au sens du goût, mais à admettre pour le goût, comme pour les autres sens, un nerf spécial, dont le lingual serait seulement l'accessoire. Au reste, je me propose de tenter sur les animaux quelques expériences propres à éclaircir cette question.

M. Carré a remarqué que, dans l'abaissement de la machoire inférieure, le menton se portait du côté paralysé; c'est avec raison qu'il attribue cette déviation à la paralysie

des muscles masticateurs, mais je ne saurais admettre avec lui qu'elle soit due à ce que ces muscles, privés de la faculté de se contracter, cessent de maintenir le condyle de leur côté en rapport avec la cavité glénoïde. En effet, si le menton est dévié, c'est précisément parce que le condyle n'abandonne pas sa cavité. S'il fallait une explication, je croirais plus volontiers que le muscle ptérygoïdien externe paralysé ne tire plus le condyle en avant pour lui faire franchir l'apophyse transverse du temporal, et que ce condyle, demeurant enfoncé dans la cavité glénoïde, sert de centre aux mouvemens de l'os maxillaire inférieur qui tourne autour de lui comme autour d'un pivot, ainsi que cela a lieu dans les mouvemens de latéralité qui s'exécutent à l'état normal.

Note sur des tubercules dans le placenta et dans l'utérus, chez une femme phthisique; par M. Hardy, *interne des hôpitaux.*

Au 1.er janvier 1832, Marie Nolet, blanchisseuse, âgée de 35 ans, présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire; elle se disait enceinte de sept mois, et sentait parfaitement remuer son enfant. Le 6 elle succomba. Immédiatement après sa mort on lui fit l'opération césarienne pour tâcher de sauver le fœtus, s'il était possible; mais il n'était déjà plus vivant.

L'autopsie fut pratiquée le lendemain. Les poumons étaient extrêmement adhérens à la plèvre: tous deux présentaient des tubercules ramollis et en grand nombre dans les parties antérieure et supérieure; vers ce point il existait encore des cavernes. De plus, le poumon droit présentait des traces évidentes de congestion sanguine; il paraissait augmenté de volume.

Le foie n'avait pas l'aspect qu'il offre ordinairement chez les phthisiques; il avait, à peu de chose près, son volume

et sa couleur accoutumés. La rate était bien plus petite qu'à l'état normal : dans aucun de ces deux organes on ne trouva de tubercules ; mais il n'en fut pas de même de l'utérus et du placenta.

A sa surface externe l'utérus offrait un assez grand nombre de petites saillies sous le péritoine ; en les incisant on les reconnaissait pour des tubercules à l'état cru : il n'en existait pas de semblables dans l'intérieur du tissu de la matrice ni près de sa face interne. Alors souvent on a observé des tubercules dans l'utérus ; mais ce que les auteurs n'ont pas signalé comme pouvant se rencontrer dans la phthisie pulmonaire, c'est l'existence de tubercules dans le placenta. Ici ces produits morbides, au nombre de huit ou dix, sont disposés çà et là sur la face utérine de cet organe. Quelques-uns sont gros comme des pois ; deux ont à-peu-près le volume d'une noisette ; ils sont d'une couleur blanchâtre, assez résistans ; on pourrait bien les prendre pour du tissu squirrheux, si la coexistence de tubercules dans le poumon, dans l'utérus et dans le même organe, ne devait les faire rapporter à ce dernier genre de production morbide. En examinant la face fœtale du placenta, on aperçoit et on sent sous le doigt une grande quantité de petits tubercules miliaires recouverts par la membrane de l'amnios.

Les organes du fœtus étaient à l'état normal ; ils ne présentaient aucune trace de maladie tuberculeuse.

Mémoire sur les bruits du cœur et des artères, et principalement sur celui de souffle, et sur les causes qui les produisent ; par M. Piorry.

Laennec, s'appuyant sur des faits publiés par Wollaston en 1810, et par Erman de Berlin, dans lesquels des muscles en contraction faisaient entendre un bruit de rotation

spéciale, et ayant lui-même reconnu l'exactitude de ces observations dans l'action de plusieurs muscles, crut devoir attribuer le bruit de soufflet et de râpe à la contraction musculaire elle-même, et au spasme dont les muscles pouvaient être atteints. Il ne s'explique pas sur les causes anatomiques des bruits normaux du cœur, mais évidemment il est porté à admettre pour eux la même explication, puisqu'il dit que le *claquement* de l'oreillette ressemble au bruit de souffle (1).

M. Bouillaud ayant observé, comme Laennec, des cas où le bruit de soufflet avait existé chez des sujets qui, à la mort, présentaient des rétrécissemens au niveau des valvules, admit que le passage du sang à travers les orifices du cœur était accompagné d'un frottement qui donnait naissance au bruit dont il s'agit.

M. Pigeaux crut que le sang, venant heurter contre les parois du cœur, donnait lieu aux bruits que l'on entend.

Je répétai sans succès ses expériences et j'en ajoutai de nouvelles; je fis passer de l'eau à travers des tubes, et quoiqu'il n'y eût pas de rétrécissement à ces tubes, j'entendis le bruit de soufflet, tandis que je ne pus produire celui de râpe qu'en frottant des corps solides les uns contre les autres.

MM. Marc-Despines et Rouanet donnèrent aussi chacun une théorie des bruits du cœur : celle de ce dernier était très-ingénieuse, et fut appuyée sur quelques observations de l'auteur. M. Filhos l'adopta dans sa dissertation inaugu-

---

(1) Un courant d'eau, dit-il, établi à travers des tuyaux à incendie, produit un simple frémissement à la main, mais ne cause aucun bruit, excepté dans les cas où il y a un mélange d'air et d'eau : il entendit cependant le bruit de soufflet lorsque des mains vigoureuses pressèrent le tuyau; mais toujours préoccupé de son explication, il attribua le bruit, non pas au passage du liquide, mais bien à la contraction des muscles des mains qui comprimaient les tuyaux. (*Traité de l'auscult. méd.*, 2.me édit., tome II, p. 763.)

rale, et M. Bouillaud dans un remarquable travail sur le bruit de soufflet dans les artères, renouvella mes expériences sur les bruits que donnent les liquides, cita le passage que m'avait communiqué M. Pelletan, passage que j'avais publié dans la *Lancette*, et admit que le bruit de soufflet n'était pas dû, comme le voulait Laennec, au spasme du cœur ou des artères, mais qu'il pouvait dépendre : 1.° ou de l'augmentation de la puissance motrice du cœur, 2.° ou d'un rétrécissement de quelque point du canal que doit traverser la colonne sanguine, ou enfin d'une cause qui a rendu inégale, rugueuse, la surface habituellement polie sur laquelle coule ordinairement le sang. Il parait aussi porté à penser que la densité du sang peut avoir de l'influence sur la production de ce bruit.

Mais M. Corrigan (*Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg*), attribua dans certains cas le bruit de soufflet à l'insuffisance des valvules et à l'ouverture permanente de l'entrée de l'aorte. Dans ce cas, le bruit de soufflet est double, non seulement dans le cœur, mais encore dans l'aorte, et on sent par la palpation un frémissement spécial. M. Corrigan a entendu, dans des expériences sur le passage des liquides à travers des tubes, que c'était non pas sur les points comprimés et rétrécis, mais au-delà, et sur les parties les moins tendues et les plus flasques, que le bruit de soufflet se faisait entendre.

M. Spittal, d'Edimbourg, se servant de tubes de plomb fermés par un robinet, et ouvrant plus ou moins celui-ci, produisit le bruit de râpe en tournant ce robinet (comme je l'avais obtenu en frottant des corps solides les uns contre les autres), et donna lieu à un bruit de soufflet d'autant plus fort, que l'ouverture qui permettait le passage du liquide était plus large.

Les onze cas cités par M. Corrigan, parmi lesquels il n'y a qu'un très-petit nombre de nécropsies, et les deux faits de M. Spittal, n'étaient ni assez nombreux ni même assez

positifs pour établir d'une manière solide ses opinions sur la nature du bruit de soufflet (1).

Dans toutes les expériences précédentes, le liquide, passant dans des tubes solides, donnait lieu aux bruits du cœur. Mais M. Magendie en a fait ultérieurement, d'après lesquelles il paraîtrait que ces bruits correspondraient aux frottemens que le cœur exécute contre les parois costales.

Le professeur Turner (*Trans. de la Société méd.-chirurgicale d'Edimbourg*, t. III), et le docteur Hope, en 1830, se fondant, l'un sur l'examen du pouls veineux des jugulaires, l'autre sur des expériences, établirent que la théorie de Laennec n'était pas exacte, et le second surtout que la contraction des oreillettes n'est accompagnée d'aucun bruit. M. Magendie a fait une suite de recherches intéressantes, desquelles il résulterait que le premier bruit du cœur est produit par le choc de la pointe de cet organe contre les parois de la poitrine; que le second est dû au frottement de la face supérieure du ventricule droit, qui, au moment de sa dilatation, vient aussi frapper brusquement la face postérieure du sternum; et les portions des parois thoraciques qui en sont voisines: il suffit, sur un animal vivant, d'établir un obstacle mécanique entre le cœur et les parois, et d'y placer un corps qui ne puisse donner lieu à des sons, pour que les bruits du cœur cessent d'avoir lieu.

D'un autre côté, M. Bouillaud mit à découvert le cœur d'un coq et de deux lapins, et appliqua l'oreille sur cet

(1) M. Guyot vient de publier récemment une observation remarquable recueillie dans le service d'un médecin profondément versé dansle diagnostic, M. le docteur Rayer. Cette observation, fort détaillée, et accompagnée de la nécropsie, tend à corroborer les opinions de M. Corrigan, qui d'ailleurs, dans ses expériences sur les injections dans les tubes, dans ce qu'il dit sur la position des membres et dans son traitement des maladies du cœur, se rapproche beaucoup des faits que j'avais signalés long-temps avant. D'autres observations citées par M. Guyot manquent de la circonstance capitale pour juger la question, je veux dire de la nécropsie.

organe, soit avec la médiation d'un linge, soit avec celle d'un stéthoscope, et entendit *très-distinctement* un double bruit; ayant ensuite extrait le cœur et l'ayant ausculté pendant qu'il battait encore, les bruits ont cessé d'être entendus.

Au milieu de tant d'autorités et de tant de résultats contradictoires, dans le doute où me laissaient des faits très-nombreux recueillis à la Salpétrière, j'ai dû avoir recours à de nouvelles expériences, et voici en quoi elles consistent :

1.° Un clyso-pompe établissant un courant d'eau par saccade, dans un tuyau non compressible, on entendit par l'auscultation un bruit assez analogue à celui qu'on obtient en soufflant dans ses mains pour les échauffer. Le diamètre de l'ouverture qui terminait le tube influait peu sur ce bruit qui s'entendait à-peu-près de la même manière lorsque le stéthoscope reposait sur un point voisin ou sur un point éloigné de l'orifice du conduit. Plus le coup de piston était fort, plus le bruit était marqué; la surface interne du tuyau était unie et sans aspérités, et cependant le bruit de souffle se faisait distinctement entendre.

2.° On mit à découvert la veine cave inférieure d'un cadavre, on y introduisit la canule du clyso-pompe; d'un autre côté, l'artère pulmonaire fut ouverte, le médiastin ne fut pas intéressé, et le côté gauche de la poitrine resta intact. Le sternum et le cœur conservèrent leurs rapports ordinaires; un courant d'eau fut établi à travers le cœur droit, et le liquide passa largement par l'artère pulmonaire (1). L'auscultation étant alors pratiquée sur le sternum et sur un point qui visiblement correspondait aux ca-

(1) Chose remarquable, le *jet était continu*, tandis que *l'impulsion à l'aide du piston du clyso-pompe avait lieu par saccades marquées*. Ceci prouve le rôle important que joue l'action élastique des artères, explique comment il se fait que la circulation soit continuelle, bien que les contractions du cœur poussent le sang par jets successifs, et rend aussi raison du défaut de saccade dans les veines.

vités droites, on entendit très-distinctement le passage du liquide, et le son qui en résulta avait beaucoup d'analogie, tantôt avec le bruit généralement attribué au ventricule, tantôt avec celui de souffle; il variait selon l'énergie du coup de piston, et suivant des circonstances difficiles à apprécier : on s'était bien assuré qu'il ne pénétrait pas d'air dans la canule; d'ailleurs, quand il y en aurait eu, le courant d'eau l'aurait bientôt entraîné (1).

3° On fit glisser légèrement le doigt contre le sternum, et l'on n'entendit pas de bruit manifeste; on y fit de légères frictions avec le cœur du cadavre : le son qui en résulta ne ressemblait pas au bruit normal ou anormal du cœur. Dans une autre expérience, le doigt frottant avec force la face postérieure du sternum fit entendre quelques bruits, mais différens de ceux du cœur.

4° On mit à découvert une des veines pulmonaires d'un autre cadavre, et l'on ouvrit l'aorte vers sa terminaison. Le médiastin et le côté gauche de la poitrine furent laissés intacts. L'expérience précédente fut faite à travers les cavités gauches du cœur, les bruits furent encore plus manifestes; leur analogie avec celui du cœur était parfaite; cependant les caractères en variaient, suivant des circonstances inappréciables, depuis le soufle jusqu'au bruit sourd. Plus le coup de piston était fort, et plus les sons étaient marqués.

5° On enleva le sternum et l'injection fut continuée; alors les bruits furent beaucoup plus marqués encore; c'était le soufle le plus caractérisé et qui correspondait toujours aux coups de piston. Il sembla à plusieurs d'entre nous

(1) Les bruits que cause le mouvement de l'air mélangé à des liquides dans les tuyaux, est tellement fort et tellement caractéristique, qu'on l'aurait facilement reconnu. Ces bruits auscultés dans le cœur fourniraient un excellent moyen de diagnostic, dans les cas où l'air pénètre dans les veines, à la suite d'une opération, ce qui n'est pas toujours suivi d'une mort prompte. M. Putégnat, dans une thèse fort remarquable sur ce sujet, a réuni plusieurs cas dans lesquels la vie avait été conservée, malgré ce terrible accident.

que le bruit était plus fort sur les ventricules que sur les oreillettes.

Ces expériences furent faites à la fin du mois de mai, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, devant un grand nombre d'élèves, et aucun résultat ne fut écrit sans que tous les assistans, sans exception, ne fussent d'accord sur les bruits qu'on entendait; il en fut ainsi des suivantes auxquelles prirent part MM. Bottu et Leréverend.

6° Craignant que l'orifice rétréci de la canule du clysopompe n'influât sur la nature des bruits qu'on entendait lorsque le liquide était lancé dans les tuyaux, on enleva la canule, on vida l'instrument de l'air qu'il pouvait contenir et on injecta dans l'aorte, d'abord loin du cœur, puis près de lui, l'eau poussée par la pompe. On avait eu soin de lier les artères collatérales et de fixer par une ligature l'artère sur le tube de l'instrument. Le stéthoscope fit alors entendre distinctement sur le cœur gauche, un bruit de soufle, évidemment en rapport avec le passage du liquide: ceci eut lieu dans le premier temps de l'expérience, soit lorsque les valvules sigmoïdes ou mitrales s'opposaient au passage du liquide, soit lorsque cette résistance étant surmontée, l'eau s'écoulait à travers les orifices du cœur. La même expérience, faite dans l'artère pulmonaire, donna lieu au même résultat: seulement ce bruit était alors beaucoup plus fort et plus éclatant.

7° Pour éviter que les bruits du cœur ne fussent modifiés par l'air du dehors, on plongea cet organe dans l'eau et les bruits furent les mêmes.

8° On détruisit, à l'aide du doigt et de ciseaux introduits dans l'aorte et l'artère pulmonaire, les valvules sigmoïdes, d'abord d'un côté, puis de l'autre, et les bruits furent tout aussi prononcés qu'ils étaient avant. Ils étaient toujours évidemment plus forts sur le ventricule droit, beaucoup plus mince, que sur le ventricule gauche, de beaucoup plus solide et plus épais.

9° On détruisit les valvules mitrales et triglochines en

ntroduisant les doigts et des ciseaux dans les oreillettes gauche et droite du cœur, et l'on fit encore des injections par l'aorte; dans ce cas on entendit encore les mêmes bruits, mais toujours plus forts à droite qu'à gauche, et plus marqués dans les ventricules que sur les oreillettes.

10° En rendant l'impulsion forte et rapide, on entendait un bruit plus retentissant et plus clair; en prolongeant l'impulsion, le son était plus sourd. Le premier bruit ressemblait plus à celui qu'on attribue à l'oreillette, et le second rappelait mieux le bruit qu'on dit appartenir aux ventricules.

11° On introduisit alors le tube d'un premier clysopompe dans l'aorte, et le tube d'un second instrument semblable dans l'artère pulmonaire; on fit jouer les pistons des deux instrumens à la fois, de telle sorte que l'injection se fit en même temps des deux côtés, et des deux côtés aussi on entendait le bruit de soufle, mais toujours plus marqué sur le ventricule droit que sur le gauche (1).

12° On fit passer l'eau exclusivement dans les cavités droites. Le bruit fut très-fort, on l'entendait même dans tout le cœur gauche où on fit ensuite circuler le liquide; le son était plus faible dans ce dernier cas, mais plus rapproché que le bruit du cœur droit qu'on venait d'entendre sur le cœur gauche. A peine le son produit dans les cavités gauches s'entendait-il dans le cœur droit. En faisant succéder les coups de piston à droite et à gauche, on entendait successivement les deux bruits fort distincts l'un de l'autre, car celui du côté droit était beaucoup plus sonore et beaucoup plus fort.

13° On plaça une ligature sur l'aorte près du cœur, entre cet organe et le tube du clyso-pompe; elle était mol-

(1) Les clyso-pompes dont je me suis servi ont été confectionnés par M. Charbonnier, rue Saint-Honoré, N.° 343, et sont très-convenables pour faire ces expériences.

lement serrée, de manière à rendre inégale et rugueuse la surface interne du vaisseau et à permettre incomplètement, par une ouverture retrécie, le passage du liquide. Or, le bruit de soufflet fut, dans ce cas, extrêmement marqué sur le rétrécissement et plus encore que dans les cas précédens; c'est surtout lorsqu'on auscultait le passage du liquide à travers cet orifice, au moment où l'artère et le cœur étaient plongés dans l'eau, que l'on reconnaissait parfaitement les bruits de soufflet du cœur.

14° C'était exclusivement sur le point rétréci que ce bruit était si manifeste; au dessus et au-dessous il était beaucoup moins sensible.

On peut déduire de ces faits :

1° Que le passage du sang dans le cœur peut produire, et produit en effet, un bruit spécial.

2° Que la cause principale des bruits du cœur sous le sternum est le passage du sang à travers cet organe. Sans doute, dans nos expériences, on n'a pas obtenu d'une manière parfaite les bruits normaux du cœur; mais d'une part, l'eau dont on se servait n'a pas la consistance du sang, et de plus le cœur était celui d'un cadavre et ne se contractait pas; donc il dévait y avoir une notable différence entre les bruits obtenus et ceux qui ont lieu pendant la vie; mais l'analogie était cependant si grande qu'on entendait le bruit de soufle le plus parfait, bruit qui si souvent, dans l'état de la vie, alterne avec les sons normaux que donne le cœur.

3° Que le jeu des valvules ne produit pas le bruit du cœur, car pour qu'elles se redressent, il faut que l'élasticité des artères fasse refluer le liquide, ou du moins que le cœur agisse; or, dans nos expériences, comme l'extrémité de ces vaisseaux était ouverte, il n'y avait aucune raison pour que la colonne de liquide qui s'écoulait par l'ouverture béante vint relever les valvules. Mais, de plus, il est impossible que ce soient elles qui produisent les bruits, puisque

ceux-ci ont lieu quand elles sont détruites. Si un bruit s'est fait entendre dans les expériences de M. Rouanet, et lors du redressement des valvules, c'est qu'il y a eu frottement du liquide contre les parois du vaisseau, ou contre les valvules elles-mêmes, et que ce frottement cause un bruit qui est de même nature que celui qui a lieu lors du passage du sang contre les parois du cœur.

4° Que l'intensité, et peut-être la nature des bruits produits dans le cœur, proviennent de beaucoup d'élémens : 1.° de la force et de la rapidité avec lesquels le sang est poussé; 2.° de l'épaisseur du cœur; 3.° de la dimension des orifices; 4.° de la diminution de la cavité où passe le sang; 5.° de la dureté du cœur qui se contracte; 6.° des rétrécissemens que la contraction des fibres charnues peut déterminer dans l'espèce de tuyau que forme le cœur.

5° Que les bruits du cœur droit doivent être plus forts que ceux du cœur gauche (1).

6° Que les bruits de soufflet du cœur peuvent exister quand il n'y a pas de rétrécissement des orifices, puisque le plus

(1) S'il ne fallait pas renverser toute la théorie de l'isochronisme des contractions à droite et à gauche, pour admettre cette explication, on serait tenté d'atttribuer le bruit sourd aux contractions du cœur gauche, et le bruit clair à celles du cœur droit; ce qui expliquerait pourquoi on entend le bruit clair à droite et le bruit sourd à gauche. Qui osera dire avoir distingué, sur le cœur d'un animal vivant, l'ordre des contractions des cavités du cœur? Il faudrait, pour constater l'isochronisme, qu'on eût mis à découvert en même temps l'aorte et l'artère pulmonaire, qu'on y eût placé des tubes transparens pour y faire monter le sang, alors on saurait à coup sûr si le liquide s'élèverait en même temps des deux côtés. Je ne sache pas que cette expérience délicate ait encore été faite; on sait seulement que le reflux du sang par les jugulaires (attribué à l'action du ventricule droit) n'est pas toujours isochrone aux battemens des artères aortiques. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre l'explication précédente, parce qu'elle serait opposée à tout ce qu'on croit et à tout ce qu'on sait sur la succession des battemens du cœur.

souvent les bruits auxquels donnait lieu le cœur dont on avait détruit les valvules avaient ce caractère ; d'ailleurs, dans nos expériences, trop de circonstances inappréciables modifient le souffle, pour qu'on puisse rapporter sa cause pendant la vie à un état organique bien déterminé.

7° Que sur les points rétrécis, et quand la surface interne sur laquelle glisse le liquide est inégale, le bruit de souffle est beaucoup plus fort ; mais comme le cœur se resserre en se contractant, l'action musculaire peut même dans ce cas produire une sorte de rétrécissement : le liquide qui traverse celui-ci donnerait tout aussi bien lieu au bruit de souffle, qu'une coarctation dont la cause est constante. Toutefois on conçoit que la persistance dans l'audition du bruit de soufflet est plus en rapport avec un rétrécissement qui persiste, qu'avec un rétrécissement musculaire qui peut varier.

8° Que le bruit de soufflet s'entend avec plus d'énergie sur le lieu même du rétrécissement, qu'au-dessus, au-dessous, et que sur les points où des dilatations s'observent.

Ces résultats d'expériences physiques sont tout-à-fait en rapport avec ce qu'on observe dans les maladies, avec le siège des bruits du cœur, leurs variations, le bruit de souffle, son existence démontrée dans beaucoup de cas de rétrécissement, sa présence dans certains cas où il n'y a pas de coarctation de cause persistante, etc. De très-nombreux faits observés à la Salpétrière me conduiraient, sous le rapport de ces bruits, précisément aux mêmes conclusions que celles qui précèdent ; seulement on a été fort loin de trouver les bruits de souffle d'une manière aussi constante que dans nos expériences.

Depuis 1828, je suis attaché au service de la Salpétrière, et souvent j'ai eu en hiver un service de deux cents malades par jour, dont plus d'un tiers étaient atteints d'affections primitives ou secondaires du cœur. Parmi celles-ci, je ne craindrai pas d'avancer que la moitié pré-

sentaient des ossifications ou des rétrécissemens des orifices du cœur ou des ossifications dans les artères; or, on ne trouvait certainement pas les bruits de soufflet ou de râpe une fois sur vingt de ces derniers cas. Donc ce bruit est loin d'exister dans la majorité des cas où il y a des rétrécissemens des orifices du cœur. D'un autre côté, sept ou huit fois au moins (dont un des cas a été publié dans le *Procédé opératoire de la percussion*), on a trouvé d'une manière constante pendant la vie, et cela durant des mois entiers, sans influence du traitement, que ce bruit existait bien dans le cœur et *non dans les artères*, et à la mort on ne trouva point de rétrécissement aortique ou auriculo-ventriculaire (1).

Tout récemment encore un homme succombe à l'Hôtel-Dieu; il avait présenté le bruit de soufflet du cœur d'une manière très-constante pendant sa vie, et on ne trouva que des coagulations énormes dans le cœur et une péricardite. Beaucoup d'autres observateurs dignes de toute confiance, ont vu des faits analogues aux précédens.

Pour déterminer la cause des bruits des artères, de nombreuses expériences ont été faites.

1.° On ajouta à un tube des poches de caoutchouc qui représentaient assez bien des dilatations anévrysmales du volume d'une petite orange. L'une d'elles fut disposée de telle sorte que le liquide la traversait dans son plus grand diamètre, et le bruit de souffle y était très-évident. L'autre présentait dans son intérieur une saillie remarquable donnée par l'extrémité du conduit qui livrait passage à l'eau, et le bruit *de diable* signalé par M. Bouillaud y était très-manifeste; il le devenait plus encore lorsqu'on pressait la poche élastique dans sa main. Une troisième enfin, annexée laté-

(1) Ces cas étaient analogues à celui qui a été publié dans la *Lancette*, tome I.er, page 126.

ralement à un orifice de communication rétrécie et en quelque sorte pédiculée, ne donna lieu qu'à un bruit de souffle très-léger et à peine sensible; on ne retrouvait celui-ci que lorsque les coups de piston étaient très-énergiques.

2.° Les portions du tube interposées à ces poches formaient des rétrécissemens dans lesquels on entendait distinctement aussi les bruits de souffle qui étaient plus marqués qu'ailleurs.

3.° Du reste, le moindre changement de position du tube, de pression ou de rapport des parties, les variations les plus légères dans la manière dont les coups de piston étaient donnés, faisaient varier le timbre, la force et la nature de ces bruits. Nous avions sous les yeux les corps qui donnaient lieu à ces bruits, et il était fort difficile de dire à quelle disposition physique de dilatation, de resserrement, il fallait les rapporter.

4.° On établit le même courant dans une portion d'aorte mise à nu, et le même bruit de souffle fut observé. Il existait, soit qu'on pressât sur le vaisseau, soit qu'on disposât celui-ci de telle sorte que la pression produite par le stéthoscope n'effaçât pas en partie sa cavité.

5.° MM. Bottu, Levérend et moi nous mîmes à découvert et nous enlevâmes l'aorte d'un autre cadavre, depuis sa crosse jusqu'à sa bifurcation. Les artères latérales furent liées, une injection fut faite et continuée avec le clysopompe : à peine entendait-on des bruits lorsqu'on ne déprimait pas le vaisseau par l'extrémité du stéthoscope; mais une ligature étant placée au-dessous, et ne permettant que d'une manière incomplète le passage du liquide, le bruit de souffle devint très-fort sur le point rétréci, et beaucoup plus faible en deçà et au-delà.

Il résulte de ces faits :

1.° Qu'un bruit est le résultat du passage du sang dans les artères, et que sans qu'il y ait de rétrécissement ce bruit peut avoir le caractère du souffle.

2.° Que les dimensions des artères au dessous de l'endroit où on les examine, peuvent avoir quelqu'influence sur les bruits qu'on y entend.

3.° Qu'un rétrécissement sur un point du vaisseau augmente de beaucoup le bruit de souffle, et que c'est sur le lieu où ce rétrécissement existe que le bruit est plus manifeste.

4.° Qu'une tumeur anévrysmale, à travers laquelle passe le sang, donne aussi lieu à un bruit de souffle très-évident, quoique moins fort que celui qui a lieu au niveau d'un ré-rétrécissement : aussi dans deux cas, depuis Laennec, M. Bouillaud reconnut, par l'auscultation, un anévrysme de l'aorte pectorale ; qu'une tumeur anévrysmale développée sur les côtés d'une artère, et qui ne serait pas traversée par le sang d'avant en arrière, ne causerait pas le bruit de souffle.

5.° Que le bruit *de diable* peut avoir lieu dans certains cas de dilatation artificielle, et dans quelques autres où le vaisseau n'est pas dilaté.

Ces résultats d'expériences cadavériques sont complètement d'accord avec les faits observés par les auteurs et avec ceux que j'ai recueillis, soit à la Salpétrière, soit à la Pitié ou à l'Hôtel-Dieu, et à tel point, qu'on pourrait tirer de ces observations les mêmes conclusions que les précédentes.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur les tumeurs aqueuses enkystées du foie; par CÆSAR HAWKINS (1).

M. Hawkins donne le nom qu'on vient de lire, à des

(1) *London medico-chir. Trans.* Vol. XVIII, part. I, p. 98. (Extr. par le docteur G. RICHELOT.)

tumeurs enkystées qui se développent assez fréquemment à la surface ou sur le bord du foie, au-dessous de la tunique péritonéale de cet organe. Ces kystes se rencontrent dans beaucoup d'autres endroits ; on les trouve à la surface de la rate ou des reins, dans le cordon spermatique, où ils ont reçu le nom d'*hydrocèles enkystées*, dans l'orbite, dans le cerveau, dans le cou, dans les mamelles, etc. Leur siége le plus fréquent paraît être l'ovaire, où ils constituent une variété *d'hydropisie enkystée*, décrite par le docteur Seymour et d'autres pathologistes, et attribuée au développement morbide des vésicules de De Graaf. C'est aussi là qu'ils acquièrent les plus grandes dimensions. M. Hawkins cite, à l'appui de cette dernière assertion, une femme à qui il pratiqua la ponction pour la première fois en décembre 1830 et de laquelle il retira dans l'espace d'un an six cent vingt pintes de liquide.

Le docteur Hodgkin et quelques autres écrivains ont cru que ces kystes sont formés par l'obstruction du conduit excréteur d'un organe de sécrétion ; Sir A. Cooper a émis une opinion analogue (1). Mais les kystes dont il est question dans ce mémoire diffèrent de ces derniers en ce qu'ils ne renferment jamais rien qui ressemble au produit de la sécrétion de l'organe où on les rencontre, tant que l'inflammation ne s'y est point développée. Ceux qui ont leur siége dans le foie contiennent le même liquide que ceux qui sont situés dans le cerveau où dans d'autres organes où il n'y a point de conduits excréteurs. L'auteur pense que partout ces tumeurs aqueuses enkystées sont dues à la même cause ; mais il ne peut l'indiquer.

Le docteur Hodgkin (2) donne à cette espèce de tumeur le nom de *kystes séreux accidentels* (*adventitious serous*

(1) Dans son ouvrage sur les maladies du testicule.
(2) *Medico-chir. Trans.* Vol. XV.

cysts), et M. Lawrence celui de *kystes séreux*. Mais le docteur Hawkins pense que celui qu'il a adopté est beaucoup plus convenable. En effet, dans le principe, ces kystes ne contiennent point de *sérosité*, mais de *l'eau presque pure*. Souvent même ils atteignent une grande capacité, sans que leur liquide devienne coagulable par la chaleur. On n'y trouve alors que cette matière animale particulière à laquelle le docteur Marcet a donné le nom de *matière muco-extractive*, et qui a pour propriétés de ne point se coaguler par la chaleur, de n'être point amenée à l'état gélatineux par le froid ou l'évaporation, etc. (1).

Quiconque a l'habitude des ouvertures de cadavres a vu souvent, dit-il, ces tumeurs aqueuses enkystées sur le bord ou à la surface d'un foie sain, s'enfonçant quelquefois légèrement dans son tissu, et s'élevant rarement au-dessus de la grosseur d'une noix. Mais ce qui est peu connu, c'est l'histoire du développement de ces tumeurs au point de constituer une maladie, et des symptômes qui en décèlent les progrès.

I. Quelquefois le kyste peut atteindre une grosseur considérable, et ne donner lieu qu'à des symptômes peu remarquables, pourvu qu'il conserve son caractère simple primitif.

Obs. Ire — Un enfant de 12 ans entra à l'hôpital Saint-Georges, dans le service du docteur Chambers, en août 1822, pour une tumeur considérable située au-dessous des côtes droites qui en étaient soulevées. La fluctuation était évidente. Absence complète de symptômes morbides tant généraux que locaux; la peau se déplaçait facilement et n'était point enflammée; le malade ne se plaignait que d'un peu de gêne qui résultait de la pression exercée par la tumeur. M. Brodie plongea un trocart plat, au-dessous des

(1) *Medico-chir. Trans.* Vol. XVII.

(1) *Ibid.* Vol. II, p. 376.

côtes, dans le point où la fluctuation était le plus manifeste; il sortit une pinte et demie d'eau limpide, non coagulable par la chaleur. Après l'opération, on pratiqua la compression au moyen d'un bandage qui parut produire l'oblitération du kyste, car la plaie se cicatrisa promptement; le malade n'eut pas le plus léger mouvement fébrile, et il quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. IIe (1) — Chez une jeune dame de 20 ans, traitée à-peu-près dans le même temps par M. Brodie, la grosseur de la tumeur gênait les mouvemens et ne permettait le sommeil que dans une position particulière. Il paraissait y avoir un peu d'inflammation, car le début de la maladie, qui datait d'un ou deux ans, avait été signalé par une légère douleur qui avait augmenté avant l'opération, et la malade éprouva une toux pénible et très-fréquente deux ou trois semaines après. On évacua trois pintes du même liquide aqueux, non coagulable par la chaleur, et renfermant la plus petite quantité possible de matière animale. Le succès fut complet, car M. Brodie, ayant revu la malade six ans après l'opération, put s'assurer que la maladie n'avait pas récidivé.

II. Lors même que l'inflammation a produit quelque altération du liquide, on peut encore recourir à la même méthode de traitement avec espoir de succès.

Obs. IIIe (2) — Un garçon de 14 ans fut traité par le docteur Thomson, pour une tumeur de l'hypochondre droit, tendue et rénittente, qui faisait en avant une saillie de la grosseur du point et donnait une sensation confuse de fluctuation. La tumeur avait mis deux ans à se développer; le malade avait été traité deux fois par le mercure jusqu'à salivation, parce qu'on avait pris son affection pour une hépatite; mais il n'avait jamais éprouvé de douleur; la peau

---

(1) *Medical Gazette*. Vol. I, p. 334.
(2) *Ibid.* Vol. I, p. 468.

était un peu pâle, mais non ictérique; la santé générale n'était point altérée; la respiration était extrêmement gênée, et le sommeil n'était possible que dans une position presque verticale du tronc. On fit une ponction avec un trocart ordinaire; il sortit plus de trois pintes d'un liquide aqueux qui se coagulait un peu par la chaleur. La plaie se cicatrisa, et il paraît que la maladie ne se renouvela pas.

III. Quelquefois, malgré le volume considérable du kyste, les symptômes ne sont pas assez tranchés pour empêcher une méprise.

Obs. IVe — Le docteur Thomas cite (1) une dame qui fut traitée pendant long-temps pour un engorgement du foie avec induration, quoiqu'elle n'offrît point les symptômes qui annonçent ordinairement le désordre fonctionnel des organes biliaires. Enfin, une ponction fit évacuer, dit-on, seize pintes de liquide aqueux, dont les dernières portions seulement étaient mêlées avec une petite quantité de lymphe. On ne dit point quel fut le résultat de l'opération.

IV. Ordinairement long-temps avant que le kyste ait atteint le volume considérable mentionné dans l'observation précédente, il détermine des symptômes assez inquiétans. Cela a lieu principalement quand il se développe du côté du poumon. Dans les cas de cette nature le diagnostic peut être extrêmement obscur.

Obs. Ve (2) — Un soldat avait été atteint d'orthopnée deux ans avant sa mort. On trouva, à la face supérieure du foie, un kyste ayant trois pouces de diamètre et contenant un liquide limpide de couleur vert-jaunâtre. Au milieu de chaque poumon, au-dessous de la plèvre, il y avait un kyste de six pouces de diamètre dans un sens, et de quatre pouces dans l'autre, contenant un liquide clair et limpide;

---

(1) *Practice of Physic.*

(2) *Hist. de l'Acad. des sciences.* (1732).

les parois de chacun étaient blanches et épaisses d'une ligne. Ces trois kystes étaient évidemment des tumeurs aqueuses enkystées.

V. Une autre cause d'obscurité pour le diagnostic consiste dans l'épaisseur excessive des parois du kyste, qui donne alors au toucher la sensation qui serait fournie par une tumeur solide.

Obs. VI.e — Dans un cas, cité par le docteur Abercrombie (1), où la fluctuation était à peine sensible, on retira, au moyen d'une ponction, neuf ou dix livres de liquide limpide. Après la mort du malade, qui eut lieu peu de temps après, on trouva entre le foie et la partie postérieure du diaphragme, un autre kyste qui contenait au moins dix-huit livres de liquide également limpide. La maladie ne durait que depuis un an, mais le volume des deux kystes s'était élevé au point que la santé du malade en avait considérablement souffert. Au fond d'un de ces kystes étaient deux corps aplatis formés par un lambeau membraneux, mou, roulé sur lui-même, qui semblait s'être détaché de la surface intérieure du kyste.

VI. Lorsqu'un kyste situé à la surface du foie est assez volumineux pour être reconnu à travers les muscles abdominaux, il est d'une bonne pratique de l'évacuer, afin d'éviter les résultats fâcheux de sa rupture, avant même qu'il en résulte une compression assez forte pour exiger cette opération.

Obs. VII.e — On apporta à l'hôpital Saint-Georges, en juin 1821, un homme qui était tombé d'un charriot; il avait entraîné dans sa chute plusieurs paniers vides qui avaient porté sur son ventre. Il avait été saigné avant son admission; sa respiration était laborieuse; il paraissait souffrir beaucoup, et, sauf la couleur du visage qui n'était pas extrêmement pâle, on eût pu croire qu'il était emporté

---

(1) *On diseases of the stomach*, p. 356.

par une hémorrhagie interne. Cependant le pouls s'étant élevé, une seconde saignée fut pratiquée, et l'on appliqua trente-six sangsues sur l'abdomen qui était devenu tuméfié et douloureux. La mort eut lieu au bout de quelques heures au milieu des plus vives souffrances. On trouva dans la cavité abdominale deux pintes de sérosité légèrement colorée, qui s'y était épanchée à travers une déchirure intéressant les parois d'un large kyste, qui, ridé et revenu sur lui-même, s'étendait depuis le diaphragme avec lequel il avait contracté des adhérences solides, jusqu'à peu de distance de l'épine iliaque. Ce kyste occupait presque entièrement la place du lobe droit du foie, dont une couche mince l'enveloppait en partie, tandis que le lobe gauche et le lobule étaient beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, mais parfaitement sains. La surface intérieure du kyste était irrégulière, et contenait une membrane épaisse, libre, qui fut prise pour une hydatide, mais qui n'était autre chose qu'une couche de lymphe, semblable aux fragmens cités dans le cas précédent, détachée par la rupture; en effet, sa surface extérieure correspondait exactement aux inégalités du kyste, et l'on pouvait la séparer en plusieurs couches. On ne put obtenir aucun renseignement sur les symptômes antérieurs à l'admission du malade; mais il paraît que celui-ci ne souffrait pas beaucoup, puisqu'il travaillait d'une manière active au moment de l'accident; il avait d'ailleurs l'apparence extérieure de la santé. Le liquide n'offrait pas la plus légère trace de pus.

VII. Le danger d'une rupture n'est pas seulement réservé aux tumeurs volumineuses.

Obs. VIII.e (1) — Une petite fille de 8 ans, portant depuis long-temps une tumeur dans l'hypochondre droit, reçut un coup violent qui fit disparaître cette tumeur subitement. Symptômes d'inflammation violente, selles abon-

(1) *Hist. de l'Acad. des sciences.* 1759.

dantes, mort prompte. — Dans la partie inférieure et convexe du lobe droit du foie, existait une déchirure de trois ou quatre pouces de long, qui conduisait dans une cavité tapissée par un kyste déchiré dans la même étendue, et dont les parois avaient une ligne d'épaisseur. Ce kyste ne renfermait ni vésicules, ni hydatides, ni liquides; on ne put savoir ce qu'il avait contenu, car l'abdomen n'offrit pas plus de liquide qu'à l'état normal.

Le liquide aqueux avait été en partie résorbé après son épanchement dans l'abdomen; cette circonstance ne permet pas de voir dans ce cas autre chose qu'une tumeur aqueuse enkystée (1).

VIII. Le kyste s'étant rompu spontanément, la guérison peut s'effectuer par la résorption du liquide dans la cavité du péritoine.

Obs. IX.e (2) — Un homme ayant éprouvé, à la suite d'une maladie éruptive, une sensation de pesanteur et de douleur dans l'épigastre et le côté gauche, fut pris d'une toux pénible qui fut suivie de l'apparition d'une tumeur dans la région épigastrique. Un mois après, il sentit tout-à-coup ce poids se détacher et descendre dans la partie inférieure de l'abdomen, et principalement dans la région iléo-colique droite. Aussitôt, vive douleur et vomissemens pendant deux heures, suivis d'un état de syncope et d'insensibilité pendant le même espace de temps. Le malade fut pendant quelque temps dans un état extrêmement grave, mais au bout de huit jours il était hors de danger, et la tumeur n'avait point reparu.

IX. Ces tumeurs aqueuses enkystées ont pour effet quelquefois de produire des nausées et de nuire à la digestion en comprimant l'estomac, et de déterminer l'hydrothorax,

(1) Le docteur Gregory, d'Edinburgh, a vu un fait semblable; la fluctuation, qui n'était pas sensible avant la rupture, devint manifeste après. (Abercrombie, *On diseases of the stomach.*)

(2) *Ann. de Montpellier.* T. XII.

Pour peu que l'on fasse attention à la nature particulière de cette espèce de kystes et du liquide aqueux qui y est renfermé, on doit s'attendre à les voir suppurer très-rarement, de même que les membranes séreuses et synoviales, avec lesquelles ils offrent beaucoup d'analogie de texture. On peut prévoir aussi que, dans le cas où la suppuration s'y manifeste, le pus ne doit point avoir l'aspect de pus phlegmoneux, mais conserver, au contraire, en partie, l'apparence aqueuse et mucilagineuse que possède le liquide à un degré moins avancé d'inflammation.

XI. Le docteur Hawkins mentionne ici la terminaison remarquable de la maladie par des hémorrhagies répétées, provenant de l'intérieur du kyste, après la ponction, et par des végétations *fongueuses* qui s'élèvent du sein de la cavité ou de ses bords. Suivant lui, lorsque ces végétations de mauvais caractère proviennent d'une véritable tumeur aqueuse enkystée, l'extirpation est toujours suivie de succès, parce qu'il n'y a point infection générale.

Les deux faits suivans sont des exemples d'une terminaison non-observée jusqu'à présent.

Obs. XIIIe — William Hollok, âgé de 31 ans, entra à l'hôpital Saint-George, dans le service du docteur Seymour, le 23 décembre 1830. Pendant quelques années, il avait vécu d'une manière assez irrégulière dans les Indes orientales, où il avait eu une maladie hépatique. Sept semaines environ avant son entrée, il avait été pris de douleur dans l'épaule droite; huit jours plus tard, il se manifesta de la douleur dans la région du foie, et au bout d'une quinzaine de jours, une tumeur apparut dans l'hypochondre droit. On employa la saignée, les sangsues, le mercure jusqu'à salivation, sans diminution de la tumeur, ni des souffrances.

La tumeur était oblongue; elle s'étendait en travers de l'abdomen, au-dessus de l'ombilic, dans une étendue de quatre pouces; elle était située dans la région épigastrique

et sous le rebord des côtes droites; elle paraissait en rapport avec le foie, et il semblait que l'on pouvait sentir cet organe induré de chaque côté de la tumeur qui était molle, douloureuse, et offrait une fluctuation obscure. La peau n'était ni rouge, ni adhérente à la tumeur. Toux continuelle, avec expectoration muqueuse abondante. Amaigrissement, anorexie, insomnie par la douleur, urine fortement colorée, légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives, pouls à 80 et faible, langue nette et humide.

Le 15 janvier, la tumeur étant devenue plus saillante, et la fluctuation y étant plus évidente, M. Hawkins y plongea un trocart à la profondeur de trois pouces; il sortit d'abord, sans pression, cinq ou six onces d'un liquide qui continua à couler assez abondamment par un tube de gomme élastique qu'on introduisit dans la plaie et qui offrait les propriétés suivantes : il ne ressemblait pas au pus phlegmoneux; il était épais, visqueux, d'un vert jaunâtre obscur, d'une odeur particulière, mais non fétide; l'action de l'acide nitrique semblait y déceler de la bile.

A cette opération succéda une amélioration générale qui se soutint jusqu'au 1er février; l'écoulement persista jusqu'à cette époque avec abondance et avec les mêmes qualités. Le 1er février on fut obligé de retirer la sonde de gomme élastique et d'agrandir la plaie, ce qui donna lieu au mélange d'une grande quantité de sang liquide avec la matière de l'écoulement. Ce sang paraissait provenir de l'intérieur de la cavité.

Le 18 février, les bords de la plaie s'ulcérèrent, la peau à l'entour s'enflamma et devint douloureuse, l'écoulement augmenta et continua jusqu'au 22. A cette époque, une saillie arrondie se montra à gauche de l'ouverture, comme si la matière ne pouvait pas s'écouler librement, ou comme s'il se formait une nouvelle collection. On fit une seconde ponction avec une large lancette, à deux pouces et demi de la première : il sortit une once du même liquide avec

Les tégumens, qui étaient indurés autour de la plaie, tombent en gangrène. Cette gangrène fait des progrès continuels; elle est précédée par l'induration et la rougeur de la peau et l'érosion de l'épiderme. Le liquide évacué était toujours clair et aqueux, quelquefois mêlé avec du sang, offrant une odeur nauséeuse particulière; s'il séjournait sur la peau, l'excoriation de celle-ci en était hâtée. Des masses de végétations fongueuses blanches étaient mises à découvert de temps en temps par les progrès de la gangrène des tégumens. Mort le 26 octobre.

La gangrène avait détruit presque toute l'épaisseur des muscles abdominaux au centre de l'ulcération. Le péritoine pariétal, en cet endroit, était lâchement adhérent à la surface du foie; les deux feuillets de cette membrane étaient colorés en noir et presque entièrement gangrénés. Le péritoine n'offrait cependant aucune trace d'inflammation, excepté dans une très petite étendue autour de l'ouverture centrale. Le foie était sain et offrait son volume ordinaire. A l'endroit correspondant à la maladie, une masse d'un blanc jaunâtre, de la grosseur d'une petite noix, s'enfonçait par un sommet pointu, à un demi-pouce de profondeur, dans le sommet du foie, qui était un peu induré dans le voisinage. On ne voyait aucune trace de la cavité qui avait renfermé le liquide évacué pendant la vie, à moins que dans ce cas, comme dans le précédent, on ne considère ce corps blanc comme une cicatrice résultant de l'oblitération de la cavité. Tous les autres viscères étaient sains.

Ces deux derniers faits présentent une analogie remarquable. Dans les deux cas en effet, le malade est pris de symptômes d'inflammation du foie, suivis de la formation d'une tumeur contenant un liquide, et liée en apparence avec le foie; le liquide évacué ne ressemble point à celui que l'on trouve ordinairement dans les abcès du foie: l'évacuation du liquide soulagea les malades pour un temps,

la cavité parut s'oblitérer, et, après la mort, elle était revenue sur elle-même à tel point, qu'il fut difficile de décider en quel lieu le liquide avait été situé, à moins qu'on n'admette que le petit corps blanc décrit ci-dessus était le résultat de la cicatrisation du kyste. Dans les deux cas, un mois après la ponction, il se développa un nouveau travail, l'écoulement fut mêlé de sang, la gangrène se développa avec un aspect tout particulier et une fétidité remarquable; aucun moyen thérapeutique, soit local, soit général, n'eut d'influence sur ses progrès. On crut à l'existence d'une maladie de la nature du *fongus hæmatodes*, dans le foie. Cependant, non-seulement après la mort on ne trouva point de *fongus hæmatodes* dans le foie; mais encore, chez un malade, le foie était remarquablement sain, et chez l'autre il était trop peu altéré pour que cette altération pût rendre compte des phénomènes locaux observés pendant la vie, qui, suivant l'auteur de ce mémoire, n'ont jamais été décrits.

On ne peut point voir dans ces deux cas un *abcès du foie.* Quand un abcès se forme dans ce viscère, il a son siège dans la substance même de l'organe, et non immédiatement au-dessous de la tunique péritonéale. Lorsque cet abcès fait des progrès vers la surface du corps, il laisse des traces nombreuses de l'inflammation et de l'ulcération qui ont marqué ses progrès. Jamais un tel abcès ne se réduit à un petit corps blanchâtre. D'ailleurs une telle cicatrisation, après un abcès du foie, outre qu'elle est rare, ne peut avoir lieu sans donner issue à une goutte de pus, et pendant le développement d'une ulcération gangréneuse en communication avec l'abcès.

On ne peut pas davantage expliquer ces faits par un abcès dans les muscles abdominaux. Un abcès situé à la surface du foie peut, il est vrai, déterminer de la douleur dans l'épaule droite et la teinte ictérique de la peau, et faire croire que la substance du foie y est intéressée; mais le liquide évacué dans les deux cas était si différent du

pus, qui serait formé par un tel abcès, qu'il n'est pas permis d'admettre cette hypothèse; d'ailleurs dans un cas, sinon dans les deux, le liquide contenait de la bile.

D'après ces considérations, le docteur Hawkins regarde les faits précédens comme deux exemples de *tumeur aqueuse enkystée du foie*, offrant une terminaison particulière non encore décrite.

Beobachtungen ursprunglicher Bildungsfehler, *etc. Observations de vices de conformation et d'absence totale des yeux chez les hommes et les animaux; par le docteur* B. W. Seiler, *directeur de l'Académie Médico-chirurgicale de Dresde, etc.* — Dresde, 1833, pp. 66, in-folio. *Extrait par M.* V. Stœber, *agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

L'usage répandu en Allemagne de fêter par la publication d'opuscules scientifiques le cinquantième anniversaire de l'entrée en fonctions des médecins ou professeurs plus ou moins célèbres, usage qui nous a valu en 1833 un assez grand nombre d'écrits en l'honneur de Hufeland, nous a procuré aussi l'ouvrage dont je viens de transcrire le titre, et qui est dédié au docteur Hedenus père, médecin du roi de Saxe, par le professeur Seiler, au nom de ses collègues les professeurs de l'Académie Médico-chirurgicale de Dresde. M. Seiler décrit dans cet ouvrage quelques vices de conformation de l'œil, qu'il a observés lui-même, et rapporte brièvement tous ceux qui sont consignés dans les annales de la science, de sorte que cet écrit peut être considéré comme une monographie des vices de conformation de l'œil. Une planche lithographiée et une autre gravée représentent les principales anomalies dont il est question dans l'ouvrage. Les trois premières figures de celle-ci se rapportent à la tête d'un enfant mâle à terme, mort né, laquelle est conservée dans la collection anatomique de l'Académie Médico-chirurgicale. Cette tête présente surtout les particularités sui-

vantes : la dure-mère forme une grande poche qui était remplie d'une eau trouble sans aucune trace de substance cérébrale ; les paupières ne sont formées que par des replis cutanés, hauts d'une ligne, sans cils, mais munis de points lacrymaux ; les glandes lacrymales manquent ; la conjonctive recouvre en avant le globe oculaire dont les diamètres ne sont que d'une ligne et un tiers d'avant en arrière, et d'une ligne et un quart transversalement, et qui est entouré de tissu cellulaire dans lequel on ne découvre aucune trace de nerf optique. A la partie antérieure du globe de l'œil se trouve une cornée trouble à travers laquelle on distingue du pigmentum noir. L'œil gauche ayant été ouvert, quelques gouttes d'une eau limpide s'en écoulèrent ; la sclérotique était tapissée par la choroïde, mais on ne découvrit ni rétine, ni corps vitré, ni crystallin. Du côté droit, les muscles droit supérieur et oblique inférieur, le ganglion ophthalmique et les rameaux des première et troisième branches de la cinquième paire qui appartiennent à ce ganglion, manquent. Du côté gauche le muscle oblique inférieur manque également, et dans l'orbite de ce côté on ne trouve aucun nerf. L'artère ophthalmique se distribue régulièrement aux parties existantes. — Une autre pièce anatomique conservée dans le même cabinet, présente beaucoup d'analogie avec la précédente. C'est un enfant à terme, mort-né, dont la dure-mère contenait également un liquide aqueux ; sans aucune trace de cerveau. Vus de devant, les yeux et les paupières paraissent bien conformés ; les points lacrymaux manquent. On ne trouve pas non plus les glandes lacrymales ni les muscles des deux yeux, ni le droit supérieur de l'œil gauche. L'œil droit ne reçoit aucun nerf ; on ne voit que le névrilème vide du nerf optique, et encore est-il tellement mince qu'on ne peut le poursuivre que jusqu'au trou optique où il se perd dans le tissu cellulaire. Dans l'orbite gauche on trouve les nerfs de la troisième et la cinquième paire. A la place du nerf optique, il n'y a qu'un névrilème

vide dans lequel on peut introduire un crin par la dure-mère jusque dans le globe oculaire, de sorte qu'indubitablement le liquide qui remplissait la poche formée par la dure-mère remplissait aussi le globe de l'œil et y faisait l'office de corps vitré, car celui-ci et la rétine manquent dans les yeux, lesquels sont bien conformés du reste.

La quatrième figure représente la tête d'un fœtus de huit mois, auquel manquent le frontal, les grandes ailes du sphénoïde et les vertèbres cervicales; les pariétaux, l'occipital, les temporaux, les petites ailes du sphénoïde, sont imparfaitement développés. De tous les nerfs cérébraux, l'optique existe seul. Les paupières sont formées par des replis cutanés hauts d'une ligne et demie; les yeux, d'une grosseur démesurée, y paraissent enchâssés comme les glands dans leur cupule; des muscles de ces organes, le releveur de la paupière supérieure est seul distinct, mais on voit à la partie postérieure de la sclérotique du tissu cellulaire mêlé de fibres. Quoique le nerf optique soit faible, la rétine n'en est pas moins développée; le corps vitré est remplacé par un liquide aqueux; les autres tuniques et humeurs de l'œil présentent, abstraction faite de leurs dimensions trop fortes, la conformation normale. Outre le nerf optique, on ne découvre aucun autre nerf de l'œil.

Les figures 5, 6, 7 et 8 représentent un enfant à terme qui a vécu pendant trois jours, et qui est surtout remarquable à cause du manque absolu des yeux et des orbites. La région orbitaire est recouverte par le cuir-chevelu qui s'étend jusqu'aux os du nez, lesquels sont imparfaitement développés en forme de bec. Au milieu de la face se trouve une grande ouverture formée par un bec-de-lièvre et une division du palais; l'os inter-maxillaire, les apophyses montantes de la mâchoire supérieure et les os palatins, manquent complètement. L'oreille externe gauche est déformée; le conduit auditif externe de ce côté est fermé. Les os du

crâne présentent un grand nombre d'anomalies ; l'os frontal n'est qu'à l'état rudimentaire ; il a trois lignes de longueur sur cinq de largeur ; la portion écailleuse des temporaux manque ; les pariétaux, par contre, ont une étendue démesurée et remplacent les os imparfaitement développés. Toutes les parties osseuses qui, dans l'état normal, concourent à former l'orbite, manquent. La lame criblée de l'ethmoïde présente, au lieu de trous, de légères dépressions. Les méninges contiennent beaucoup de sérosité. Le cerveau ne consiste que dans les lobes postérieurs qui s'écartent en avant, de sorte que l'ethmoïde n'est recouvert que par la dure-mère. Les couches optiques, les tubercules quadrijumeaux, l'aqueduc de Sylvius, les cuisses du cerveau, la protubérance annulaire, la moelle alongée et le cervelet, sont plus ou moins bien développés. Toutes les autres parties du cerveau manquent. On découvre tous les nerfs cérébraux, à l'exception des olfactifs. Les nerfs optiques présentent leur entrecroisement et peuvent être suivis jusqu'aux couches optiques. Différentes autres anomalies existent dans les membres et les viscères abdominaux. Ce que cette monstruosité présente surtout d'intéressant, c'est l'absence des orbites qu'on n'a encore remarquée dans aucun des cas d'anopsie observés jusqu'à présent.

La figure 9 représente un œil affecté de coloboma, ou division congéniale de l'iris ; la fig. 10, l'œil d'un albinos ; la fig. 11, un œil affecté de cataracte centrale ; les fig. 12 et 13, des yeux affectés de conicité de la cornée, dont la seconde sur un embryon de deux mois.

Après avoir ainsi décrit les objets figurés sur la planche, M. Seiler divise sa monographie en deux parties principales : dans la première il parle des vices de conformation des yeux en général ; dans la seconde il traite de chacune des parties de l'œil en particulier.

Première partie. — 1. *Nombre des yeux.* Quelques au-

teurs plus ou moins anciens ont parlé d'individus qui portaient plus de deux yeux; ces observations ne paraissent cependant pas mériter toute croyance. Il n'en est pas de même de celles rapportées par Walther et Rudolphi, et qui concernent des enfans sur lesquels on n'observa qu'un seul œil occupant sa situation normale, tandis que celui du côté opposé manquait. Ces cas ne doivent pas être confondus avec la *cyclopie*, dans laquelle les deux yeux, plus ou moins confondus en un seul, occupent la partie moyenne du frontal. M. Seiler propose d'appeler *monophthalmie parfaite* la première de ces monstruosités, et *monophthalmie imparfaite* la seconde, parce que dans cette dernière on découvre toujours quelques traces de l'existence et de la fusion des deux yeux.

2. *Situation des yeux.* L'anomalie la plus remarquable sous ce rapport c'est la *cyclopie* (*monopsie*, *rhinencéphalie*); M. Seiler la considère comme due à un arrêt de développement, ce qui n'est qu'une hypothèse, car l'auteur avoue lui-même qu'il n'a jamais pu découvrir cette conformation chez les embryons; les plus petits embryons de mammifères qu'il ait pu se procurer avaient dix-neuf ou vingt jours, et chez eux on remarquait déjà deux yeux sous forme de deux points noirs.

3. *Dimensions des yeux.* Le globe de l'œil peut être trop grand (*mégalophthalmie*), ou trop petit (*microphthalmie*). C'est surtout dans la cyclopie, l'anencéphalie et l'hydrocéphalie, qu'on observe la grosseur démesurée du globe oculaire. La microphthalmie a d'abord été mentionnée par Beer, puis décrite par le docteur Poenitz, de Dresde. M. Seiler analyse succinctement les seize cas connus jusqu'à présent, et il fait voir qu'ils viennent à l'appui de l'opinion des professeurs Ammon et Huschke, sur le développement des yeux dans l'embryon.

4. *Anomalies de la forme de l'œil relativement à ses diamètres.* Les anomalies ont été peu étudiées, et nous

ignorions même jusqu'où ces derniers temps les dimensions exactes du globe de l'œil. Les recherches multipliées du professeur Krause lui ont fait voir qu'habituellement le diamètre antéro-postérieur de l'œil avait 10''',2 à 11''',1, et que les diamètres vertical et transverse avaient ordinairement la même étendue ou n'étaient qu'un peu plus petits.

5. *Absence complète des yeux.* M. Seiler rapporte brièvement les différens cas de cette nature consignés dans les annales de la science ; pour être complet cependant il n'aurait pas dû oublier celui de Tenon (*Mémoires et observ. sur l'anatomie*, etc. Paris, 1816, p. 117). Il décrit ensuite une monstruosité de ce genre observée par Daniel, de Halle, en 1765, et il en donne deux figures lithographiées ; puis il donne la description de deux enfans monstrueux conservés dans le musée de l'Académie de Dresde ; dans les deux cas les yeux manquent ; dans le premier les orbites ne sont séparées l'une de l'autre que d'une ligne. Dans le second cas il n'y a qu'une orbite. Les différens faits rapportés par M. Seiler prouvent qu'on ne peut pas admettre généralement que, lorsqu'un organe manque, ses nerfs manquent également ; ils démontrent aussi que des yeux peuvent exister sans nerf optique ni rétine, et que les différentes parties du système nerveux ne dépendent pas tellement les unes des autres qu'un rameau nerveux ne puisse se développer sans le tronc qui le lie au cerveau, car déjà Klinkosch a trouvé des branches de la cinquième paire sur des monstres chez lesquels le tronc de cette paire n'existait point.

SECONDE PARTIE. — Vices de conformation des différentes parties de l'œil. — 1. *Orbite.* Elle peut manquer, être trop petite ou déformée ; les deux orbites peuvent être trop rapprochées l'une de l'autre, ou confondues en une seule.

2 et 3. *Sourcils et cils.* Ils peuvent manquer, être trop courts, trop déliés, avoir une direction vicieuse.

4. *Paupières.* On les a vu manquer, être trop courtes, avoir une direction vicieuse, être séparées en deux ou plusieurs lambeaux latéraux (*coloboma palpebræ*). Des enfans sont venus au monde avec l'adhérence des paupières entre elles ou au globe de l'œil (*anchyloblépharon* et *symblépharon*); c'est là, suivant M. Seiler, un état consécutif à une inflammation dont l'enfant a été affecté pendant sa vie utérine. Chez les cyclopes, les quatre paupières sont réunies autour de l'orbite unique; quelquefois on n'en voit alors que trois. On trouve aussi des *nævi materni* développés sur les paupières des nouveaux-nés.

5. *Organes lacrymaux.* Leur absence accompagne souvent celle des yeux; quelquefois l'une ou l'autre partie des voies lacrymales manque seule.

6. *Muscles de l'œil.* Quelquefois un ou plusieurs muscles de l'œil ont des attaches anormales ou manquent tout-à-fait. Dans les cas où l'œil manque, on trouve rarement les muscles; ceux-ci existaient cependant sur un individu affecté d'absence complète de l'œil. Plusieurs observateurs ont vu aussi des muscles supplémentaires de l'œil.

7. *Nerfs de l'œil.* De même que les muscles, ils manquent ordinairement tous dans les cas d'absence de l'œil; cependant on n'en a vu manquer que quelques-uns dans plusieurs de ces cas. M. Seiler les a même trouvés tous chez un enfant sans yeux. Quelquefois différentes parties d'un nerf existent, mais sont séparées les unes des autres par le manque de parties intermédiares. D'autres fois le névrilème existe, mais n'est pas rempli de pulpe nerveuse.

8. *Conjonctive oculaire.* Au moment de la naissance des enfans cette membrane a été vue enflammée, affectée de ptérygion, de tumeurs athéromateuses couvertes de poils.

9 et 10. *Sclérotique* et *cornée.* On a vu la première rester transparente, ne pas être séparée distinctement de la

cornée, qui, dans certains cas, était même remplacée par la sclérotique. — La cornée est quelquefois trop petite, opaque dans une plus ou moins grande étendue. Les nouveau-nés présentent aussi des taies, des excroissances, des tumeurs fongueuses de la cornée. Cette tunique est plus ou moins convexe; elle peut être conique, ce qui constitue alors le vice de conformation appelé par quelques auteurs, *staphylôme transparent de la cornée, hyperkeratosis.* M. Seiler donne l'histoire de cette altération qui a été décrite d'abord par Mauchart et que récemment le professeur Jaeger de Würzbourg a éclairée par des recherches anatomo-pathologiques, qui ont fait voir qu'elle consiste, non seulement dans un changement de configuration de la cornée, mais que cette tunique est en même temps amincie au centre et épaissie vers la circonférence. M. Seiler attribue la conicité de la cornée à une hydrophthalmie antérieure qui, après s'être arrêtée dans son développement, a donné lieu à l'épaississement de la cornée, et il croit que cette altération se rattache souvent à un développement anormal du cerveau, à une hydrocéphalie congéniale; aussi observe-t-on souvent l'amaurose et des déformations du crâne sur les individus affectés de conicité de la cornée.

11 à 13. *Choroïde, corps ciliaire* et *pigmentum.* La choroïde, étant une des parties de l'œil qui se développe le plus tôt, doit rarement manquer; le fait rapporté par Klinkosch est le seul connu jusqu'à présent. La division congéniale de la choroïde a été observée plus fréquemment; c'est un arrêt de développement qui accompagne quelquefois la division congéniale de l'iris. Le pigmentum peut être plus ou moins abondant; c'est son absence qui constitue la *leucæthiopie, l'albinisme*, que M. Seiler divise avec Mansfeld et Geoffroy-Saint-Hilaire en complète, partielle et incomplète. Il attribue ce vice de conformation à un arrêt de développement, et non à une cachexie.

14 à 18. *Iris, uvée, pigmentum, pupille et membrane*

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Vice de conformation du cœur; *obs. par M. Coliny, docteur en médecine à Nancy.* — Le cœur d'un enfant qui avait été transporté à l'amphithéâtre d'anatomie de l'Ecole de Médecine de Nancy, présentait les particularités suivantes : l'oreillette droite ou antérieure recevait les deux veines caves ; le trou de Botal était obturé presqu'en totalité ; mais sa valvule n'adhérait pas à la partie postérieure de l'ouverture, dans une étendue d'environ trois lignes : on parvenait très-facilement par là dans l'intérieur de l'oreillette gauche. De l'oreillette droite on pénétrait, par un orifice garni d'une valvule à trois divisions, dans le ventricule antérieur ou droit. Une des divisions de cette valvule était, comme à l'ordinaire, placée devant la cloison des deux ventricules, et cachait presqu'entièrement une ouverture arrondie qui pouvait livrer passage à une pièce de cinquante centimes, et qui faisait communiquer ce ventricule avec le gauche. Du ventricule droit partait l'aorte, qui fournissait les branches ordinaires, à l'exception du canal artériel dont on ne trouvait aucun vestige. L'oreillette gauche ou postérieure recevait les quatre veines pulmonaires ; on y voyait l'orifice du trou de Botal, et l'ouverture qui avait persisté ; cette oreillette communiquait avec le ventricule postérieur ou gauche ; l'ouverture de communcation était garnie d'une valvule à deux divisions, dont l'une couvrait en grande partie le trou qui faisait communiquer les deux ventricules. Du reste, le ventricule gauche aboutissait à l'artère pulmonaire qui était située à gauche, et recouverte dans toute son étendue par l'aorte. Chez ce sujet, le ventricule *aortique* ou *droit* avait une valvule *triglochine*, et l'épaisseur de ses parois surpassait de beaucoup celle des parois du ventricule *pulmonaire* ou *gauche*, garni d'une valvule *mitrale*. L'un et l'autre avaient des valvules sigmoïdes. Le volume du cœur surpassait d'au moins un tiers celui du cœur d'un autre enfant de son âge ; les poumons étaient sains.

L'enfant qui a présenté cette anomalie avait été recueilli à l'hospice des Enfans-Trouvés de Nancy, le 15 août 1831 ; il avait alors un jour. La religieuse qui lui donna les premiers soins fut frappée de la couleur bleue que présentait tout son corps. Il fut nourri dans un village des environs. On le rapporta à l'hospice deux jours avant sa mort, qui eut lieu le 2 mars 1834 ; et la nourrice dit que depuis qu'il lui avait été confié il avait toujours été très-faible, et que sa couleur

Meue n'avait pas diminué. Nous avons eu occasion de le voir le jour où il est revenu de la campagne ; il était dans l'état suivant : la nutrition n'avait pas langui ; il était aussi grand et aussi gros qu'un enfant de son âge bien constitué ; mais il ne pouvait pas se tenir debout ; il avait peine à supporter sa tête, dont le volume était ordinaire, et lorsqu'on voulait lui imprimer un mouvement il faisait entendre un cri plaintif et faible. Sa face, ses mains, ses ongles étaient fortement violacées ; ses lèvres, l'intérieur de sa bouche, sa langue, présentaient la couleur que ces parties ont lorsqu'on a mangé des guignes. Son pouls était presqu'insensible ; ce n'était qu'un faibla frémissement.

Sur les gaz de l'estomac et des intestins de l'homme à l'état de maladie. *par M. Chevillot.* — Jurine, dont les recherches furent couronnées en 1789 par la Société de Médecine, est le premier qui se soit occupé de l'analyse des gaz intestinaux. Depuis cette époque, M. Gérardin a publié en 1814 une excellente dissertation sur ce sujet, et dans le même temps MM. Magendie et Chevreul examinèrent les gaz provenant du canal digestif de quatre suppliciés. Mais il restait à constater la nature des gaz intestinaux de l'homme dans l'état de maladie ; c'est ce qu'a entrepris de faire M. Chevillot. Ces gaz ont été recueillis sur le mercure, immédiatement après leur extraction qui avait lieu 24 heures après la mort, quelquefois plus tôt, rarement plus tard.

Les recherches auxquelles l'auteur s'est livré ne lui ont fait découvrir que six espèces de gaz, souvent ensemble, rarement isolés dans le tube digestif de l'homme à l'état de maladie. Ces gaz sont : 1.° le gaz azote ; 2.° le gaz carbonique ; 3.° le gaz hydrogène, 4.° le gaz hydrogène proto-carboné ; 5.° le gaz oxygène ; 6.° le gaz hydrogène sulfuré. Ces gaz ont été recueillis sur des adultes et des vieillards ; deux enfans nouveau-nés sur lesquels on a opéré n'ont offert que de l'azote et de l'acide carbonique.

Si l'on compare ce résultat avec celui obtenu par MM. Chevreul et Magendie, on voit qu'il y a identité de nature entre les gaz que l'on rencontre dans les voies digestives de l'homme *sain* et ceux que l'on trouve dans l'homme malade. Mais dans ces deux cas il existe, sous le rapport de la proportion et de la fréquence de certains âges, des différences importantes. Ainsi chez l'homme malade, l'hydrogène ou l'hydrogène carboné ne se rencontre pas toujours ; ainsi dans l'homme sain le gaz acide carbonique existe en quantité plus ou moins considérable, tandis que dans l'homme malade on trouve quelquefois peu ou point de ce gaz ; ainsi encore on trouve plus d'azote dans l'homme malade que dans l'homme sain.

Bien qu'il soit difficile d'analyser des résultats exprimés en chiffres, nous allons cependant tâcher de ne rien omettre d'important dans l'extrait que nous présentons. Dans notre exposé, nous suivrons l'auteur

Hydrogène sulfuré. D'après l'odeur fétide que répandent les déjections dans plusieurs maladies, on serait porté à croire qu'il existe alors des quantités considérables d'hydrogène sulfuré dans les voies digestives; cependant les expériences faites à ce sujet n'ont donné que des quantités peu appréciables de ce gaz. En soumettant à une température de 36 à 40° dans un appareil fermé, les substances contenues dans le canal alimentaire, on a presque toujours recueilli plus ou moins d'hydrogène sulfuré.

Quelqu'incomplet que soit le travail que nous venons d'analyser, il n'en mérite pas moins de fixer l'attention des médecins et des physiologistes, et fait désirer que l'auteur tienne sa promesse en publiant le travail plus étendu qu'il annonce. (Chevillot, *Recherches sur les gaz*, *etc. Thèses de Paris*, 1833, N.° 194.)

Physiologie.

MÉNINGITE; TUMEUR DU CERVEAU; COMPRESSION DE LA CINQUIÈME PAIRE DE NERFS A GAUCHE; SPHACÈLE DE LA JOUE GAUCHE; CARIE DES OS DE LA FACE DU MÊME COTÉ; *par R. R. Robinson.* — John Dupen, âgé de 11 ans, entra à l'hôpital le 21 janvier. Sept mois auparavant il avait eu à la joue gauche un bouton qui avait abcédé et donné issue à une matière jaune et qui s'était guéri. Au bout de cinq mois, ce bouton avait paru de nouveau et avait été de nouveau guéri. Cinq semaines avant son entrée il fut pris de fièvre. Le 21 janvier, il était amaigri, défiguré par une tuméfaction considérable de la joue gauche dont la peau était pâle et luisante; les paupières de ce côté étaient fermées par un œdème considérable; les deux-tiers de la joue gauche étaient occupés par une escharre irrégulière qui s'étendait dans la bouche et qui ne datait, suivant le récit du père de l'enfant, que de deux jours; les bords en étaient rouges et épais; tout le côté gauche du palais était détruit par l'ulcération, les os étaient cariés. Cet enfant avait toujours respiré avec difficulté par la narine gauche; quelques épistaxis dernièrement; céphalalgie; intelligence intacte; point d'appétit; soif modérée; peau sèche; langue sèche; sueurs nocturnes; pouls fréquent et faible, constipation depuis quelques jours; faiblesse excessive qui empêche le malade de se tenir assis dans son lit. La maladie fit des progrès rapides. L'enfant mourut le 31 du même mois.

Autopsie. — Petite quantité de sérosité dans le crâne; le long du sinus longitudinal, la dure-mère épaissie et couverte intérieurement de taches vasculaires; toute la surface interne de cette membrane, du côté gauche, recouverte par une couche de lymphe jaunâtre; quantité considérable de sérosité à la surface des hémisphères; arachnoïde épaisse et gélatineuse; surface du cerveau et corps striés présentant une fermeté anormale; mais les couches optiques et la partie postérieure de la voûte dans un état complet de ramollissement et en

lambeaux (*ragged*); environ six onces de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne. En retournant le cerveau on trouva à la partie antérieure du lobe moyen une petite tumeur ovale, verdâtre, sur laquelle se ramifiaient des vaisseaux cramoisis (*crimson*); au milieu de la surface de cette tumeur était une dépression pouvant loger la tête d'une épingle et qui paraissait due à un ramollissement; la tumeur était assez molle. Plongée pendant quelque temps dans de l'alcohol rectifié, elle perdit sa couleur verte extérieure; en la divisant, on reconnut qu'elle était molle à sa surface et solide au centre, et qu'elle possédait l'aspect de sang coagulé. Lymphe plastique abondante, tapissant l'arachnoïde à la base du crâne et la surface interne de la dure-mère; extérieurement à la dure-mère, quantité considérable de lymphe très-ferme au milieu de laquelle est plongé le nerf de la cinquième paire du côté gauche au-devant de son origine, mais avant de former son ganglion. La substance du cerveau autour de la tumeur était saine; les os à la partie antérieure du côté gauche de la base du crâne étaient de couleur noire; l'os maxillaire supérieur gauche était privé de son périoste, son apophyse palatine et l'os palatin étaient détruits par la carie. (*Lond. med. Gaz.* 7 juin 1834).

CORPS ÉTRANGER TROUVÉ DANS LE CŒUR D'UN JEUNE ENFANT; *par Thomas Davis.*—Le D.r Davis fut appelé, le 19 janvier 1833, auprès de William Mills, âgé de 10 ans, qui venait d'être blessé de la manière suivante: il avait imaginé de faire un fusil avec le manche creux d'une longue fourchette à rôtir, *toasting-fork*, dans l'un des bouts duquel il avait enfoncé une cheville de bois de la longueur de trois pouces pour faire la culasse du fusil. La lumière n'avait été faite qu'après avoir déposé la poudre dans la portion de cet instrument qui représentait le canon du fusil. Au moment de l'explosion, la cheville de bois fut chassée vers l'enfant et pénétra complètement dans le thorax, du côté droit, entre la troisième et la quatrième côte. Aussitôt après l'accident, l'enfant revint chez lui à une distance de quarante verges. Lorsque le médecin le vit, il avait perdu beaucoup de sang et paraissait très-affaibli. Si on le plaçait sur le côté droit, il sortait par la plaie un flot de sang veineux. Il s'écoula plusieurs heures avant la manifestation d'aucune réaction. L'enfant n'accusait aucune douleur. Pendant dix ou quinze jours après l'accident, il parut se rétablir; une fois même, il se promena dans son jardin, parcourut une distance de quatre-vingts verges et joua avec ses fleurs, disant avec gaîté qu'il était très-bien. On n'observa rien de particulier dans ses traits, si ce n'est que ses yeux semblaient plus brillans qu'à l'ordinaire. Après la première quinzaine, il dépérit visiblement et éprouva fréquemment des frissons qui étaient toujours suivis de défaillances. Le pouls était très-fréquent. Jusqu'à sa mort il ne toussa point, ne cracha point de sang; toutes les fonctions parurent s'accomplir normalement; il ne ressentit aucune dou-

leur. Il mourut cinq semaines et deux jours après l'accident. L'autopsie fut faite en présence de plusieurs médecins. — En ouvrant le thorax, on observa une petite cicatrice entre les cartilages de la troisième et de la quatrième côte, à un demi-pouce à droite du sternum. Il n'y avait ni épanchement sanguin, ni collection séreuse dans les plèvres. Les poumons parurent sains, sauf un petit tubercule dans le poumon droit, et, à la racine du même poumon, près de l'artère pulmonaire, une petite marque bleuâtre dans le tissu cellulaire, correspondant pour la grandeur avec la cicatrice qui avait été remarquée à la paroi antérieure de la poitrine. On trouva environ une demi-once de sérosité dans le péricarde. Le cœur, vu extérieurement, paraissait sain. En ouvrant cet organe, on fut très-étonné de trouver dans le ventricule droit le morceau de bois dont l'enfant s'était servi pour former la culasse de son fusil; le bout inférieur de ce morceau de bois appuyait contre la partie inférieure du ventricule, près de la pointe du cœur et étaient engagé entre les colonnes charnues et la surface interne du ventricule; l'autre bout reposait contre la valvule auriculo-ventriculaire, qu'il avait en partie déchirée, et était comme encroûté d'un caillot épais aussi gros qu'une noix. On chercha en vain dans le cœur ou dans le péricarde la trace d'une plaie par où le morceau de bois aurait pu pénétrer.

Il est difficile d'assigner le chemin que ce morceau de bois a suivi pour gagner le ventricule droit. Il paraît qu'il entra dans le médiastin, sans blesser la partie antérieure du poumon qui, au contraire, fut blessé en arrière près de sa racine. L'auteur incline à croire qu'après avoir ainsi blessé le poumon, le morceau de bois passa dans la veine cave et fut entraîné de là par le sang dans l'oreillette droite, puis dans le ventricule. (*Transact. of the provincial med. and surg. Association*; V. II).

Infiltration de matière noire dans la totalité des deux poumons; *par le docteur William Marshall.* — Le docteur Marshall livre les faits suivans à la publicité, dans le désir d'attirer l'attention des médecins qui donnent des soins aux ouvriers des mines à charbon, sur une maladie qui semble propre à cette classe d'hommes et sur laquelle on a peu de données. Le seul cas de cette espèce, raconté avec soin, est celui qui a été inséré par le docteur Gregory dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal* (1), auquel on peut ajouter une note très-incomplète du docteur Carswell dans l'*Encyclopædia of Medecine.*

Obs. Ire. — John Cowan, âgé de 58 ans, employé aux mines à charbon depuis son enfance, adonné à l'intempérance, a joui d'une bonne santé jusqu'à ces sept dernières années, pendant lesquelles il a eu de la toux avec des accès de dyspnée qui revenaient par intervalles. Ces

(1) *Archives*, janvier 1832, page 119.

symptômes étaient ordinairement plus intenses pendant l'hiver, mais sur la fin la toux était devenue plus forte et l'expectoration purulente. Le malade avait perdu son embonpoint et ses forces; en un mot, il présentait toute l'apparence d'un phthisique. En mars 1831, il fut obligé d'abandonner ses travaux dans la mine, mais il continua à se livrer à des occupations peu fatigantes jusqu'en décembre suivant, époque à laquelle il fut obligé de garder le lit. L'expectoration était très-abondante, et présentait, quand on l'agitait dans l'eau, l'aspect d'un mélange de pus et de mucosité. Elle conserva ces caractères jusqu'en février 1833, où elle prit la couleur noire la plus foncée. Une petite quantité de cette matière expectorée, recueillie dans un verre, avait la ressemblance la plus frappante avec l'encre d'imprimerie. Le malade expectorait dans les vingt-quatre heures, jusqu'à deux pintes anglaises de cette matière; quelquefois cependant il en rendait beaucoup moins, mais alors il était tourmenté par des efforts continuels de crachemens déterminés par la sensation d'une matière muqueuse et tenace qui serait logée dans le larynx. Le stéthoscope indiquait d'une manière très-tranchée un râle caverneux sous la clavicule droite; il y avait absence de bruit respiratoire dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine.

Il est inutile d'entrer dans des détails minutieux sur les symptômes qui se manifestèrent après cette époque; ils furent ce qu'ils sont ordinairement dans toute maladie consomptive des poumons. Il est bon de noter toutefois que le malade avait de temps en temps dans le côté gauche une douleur brûlante qu'il comparait à la sensation que produirait l'application d'un fer chaud; qu'il y avait un œdème très peu marqué; que le pouls s'éleva peu au-dessus du nombre ordinaire pendant toute la maladie, et que l'appétit fut bon jusqu'à la mort qui arriva en juin 1833, et qui fut hâtée en apparence par une diarrhée. Le malade rapportait le commencement de sa maladie à une époque où il avait travaillé pendant quelque temps dans une mine à charbon dont l'atmosphère était à peine respirable.

Autopsie. — Les ganglions bronchiques étaient de couleur noire. Les deux poumons adhéraient d'une manière générale et solide à la plèvre costale. La plèvre pulmonaire des deux poumons, surtout du gauche, était très-épaissie et présentait, quand on l'incisait, la consistance et l'aspect d'un fibro-cartilage; la substance des deux poumons offrait dans toute son étendue la couleur noire du charbon, uniformément répandue; il ne restait aucune trace de la couleur naturelle de cet organe. Le poumon gauche était entièrement désorganisé; ses deux lobes étaient convertis en une caverne large et irrégulière, traversée par de nombreuses bandes de substance pulmonaire. En un endroit, le tissu du poumon était entièrement détruit, la paroi de la caverne était formée par la plèvre seule. Les bronches

communiquaient avec cette excavation par un orifice coupé brusquement et béant. Autour de leurs racines, le tissu pulmonaire était dense, friable, et, en quelques points, semblable à du cartilage. Le poumon droit présentait dans son épaisseur de nombreuses excavations irrégulières, de grandeur variable, communiquant entr'elles et traversées par des lanières de tissu pulmonaire désorganisé. Autour de ces excavations il y avait une hépatisation presque générale; la portion perméable du poumon était très-petite; les excavations des deux poumons contenaient une grande quantité d'un liquide noir comme de l'encre, semblable à celui qui avait été expectoré; le liquide que l'on exprimait du poumon par la pression offrait les mêmes caractères. Aucune autre lésion anatomique, hors un épanchement de sérosité dans le péricarde.

Obs. IIe — David Dunn, âgé de 62 ans, ouvrier aux mines à charbons depuis son enfance, est atteint depuis plusieurs années de rhumatisme chronique; depuis le même temps il est aussi sujet à des attaques de dyspnée, qui sont plus intenses en hiver et dans les changemens de temps. Il était doué d'une robuste constitution, mais dans les derniers temps il s'est adonné à l'intempérance. En janvier 1833, il fut pris de toux accompagnée de palpitations et de dyspnée. Il continua cependant ses travaux jusqu'en juin, où il fut forcé de se traiter. Il fait remonter sa maladie à une époque éloignée de quinze ans, où il travailla pendant plusieurs mois dans une mine dont l'atmosphère était excessivement impure. L'expectoration était d'un gris très-foncé ou presque noire et ressemblait à du mucus mêlé à du noir de fumée.

Le stéthoscope faisait entendre du râle muqueux et sous-crépitant dans toute l'étendue du poumon droit. Le bruit respiratoire manquait dans tout le côté gauche; les symptômes, depuis cette époque jusqu'à la mort qui eut lieu en janvier 1834, furent ceux de la dernière période de la phthisie. Le pouls fut toujours presque naturel; il n'y eut point d'œdème et l'appétit fut bon jusqu'à la mort.

Autopsie. — Ganglions bronchiques remplis de matière noire. Adhérence de tout le poumon gauche à la plèvre costale; conversion de ce poumon en une vaste caverne irregulière, contenant une immense quantité de liquide noir comme de l'encre; les parois de la caverne offraient un tissu pulmonaire dense et friable. Adhérences nombreuses et anciennes entre le poumon droit et la plèvre. Le tissu du poumon était également teint en noir dans toute son étendue, mais la plus grande partie de ce viscère, en bas, était perméable et flottait sur l'eau; la sérosité qui était exprimée de cette partie n'était pas colorée en noir. Dans la partie supérieure de ce poumon on trouva plusieurs points d'hépatisation au centre desquels existaient des excavations commençantes plus ou moins avancées. La plus grande de ces excavations n'excédait pas le volume d'une noix. Les mucosités renfermées

dans les bronches, au voisinage de ces excavations, étaient teintes par la matière noire. Les autres organes étaient sains.

Quelque temps avant d'avoir observé ces deux cas terminés par l'autopsie cadavérique, le docteur Marshall avait donné des soins à deux malades qui, très-probablement, étaient atteints de la même affection.

Obs. III[e] — Le premier de ces malades avait été porteur de charbon pendant la plus grande partie de sa vie. Il avait souffert d'un rhumatisme chronique pendant quelques années et était sujet à la toux, à la dyspnée et aux palpitations. Il attribuait le commencement de ses souffrances à des travaux auxquels il s'était livré dans une atmosphère très-impure. En juin 1825, sa faiblesse était telle qu'il fut obligé de s'aliter; les symptômes étaient : émaciation, toux, dyspnée, expectoration noire comme de l'encre, devenant de plus en plus foncée suivant les progrès de la maladie. En septembre, le malade était comme un squelette, l'expectoration noire était très-abondante. A cette époque il quitta le pays et mourut peu de temps après.

Obs. IV[e] — Le second malade fut observé en 1827. Ouvrier aux mines de charbon dès son enfance, il rapportait également sa maladie à des travaux exécutés dans une atmosphère impure. Il fut tourmenté par la toux et la dyspnée pendant cinq ans. Voyant alors la dyspnée devenir plus intense, il consulta le docteur Marshall. L'amaigrissement et la faiblesse étaient poussés à un haut degré; cependant le pouls était presque normal et l'appétit bon. L'expectoration consistait dans un liquide muqueux, coloré en noir et très-abondant. Elle n'avait pris ce caractère que peu de semaines auparavant. Plus tard il survint un peu d'œdème aux jambes et de la diarrhée qui emporta le malade en décembre 1827.

Il résulte des faits qui précèdent, qu'il est à-peu-près impossible de distinguer cette maladie de la phthisie ou de la bronchite chronique, jusqu'à l'apparition des crachats noirs, c'est-à-dire trop tard pour que les secours de l'art puissent avoir quelque utilité, puisqu'il est fort probable que la matière noire ne se mêle aux crachats que lorsque la substance pulmonaire commence à s'ulcérer et que cette expectoration, qui indique le début de la formation des cavernes, augmente en proposition de la destruction du viscère.

Quoiqu'il en soit, cette affection diffère de la phthisie et de la bronchite chronique; 1° par l'apparition d'une dyspnée assez intense dès le début et comme prodrôme; 2° par l'absence de fièvre, et 3° par l'absence de toute tendance marquée vers l'œdème.

On peut adresser plusieurs reproches aux observations de M. Marshall : d'abord on n'a point décrit avec assez de soin l'état du tissu polmonaire; quelques détails seraient nécessaires sur la coloration noire qui occupait tout ce tissu; ensuite, on se rend difficilement compte de la

quées sur la tumeur, des cataplasmes émolliens, et le repos au lit, n'ayant apporté qu'un léger soulagement à la douleur, sans diminution de la tuméfaction, je fus mandé le huitième jour pour voir le malade.

Toute la partie antérieure du genou gauche était uniformément tuméfiée, chaude, peu sensible à la pression, malgré une rougeur de la peau très-vive, comme celle qu'on observe dans un phlegmon aigu. Cette coloration de la peau diminuait progressivement du centre à la circonférence, et l'on observait plusieurs lignes rougeâtres sur le trajet des vaisseaux lymphatiques de la face interne de la cuisse. La partie saillante de la tumeur correspondait au-devant de la rotule, où la peau était soulevée par un liquide qui donnait lieu à une fluctuation assez sensible. Le contour de cet os ne formait plus de relief apparent. L'inflammation étant toujours très-aiguë, je fis réappliquer 25 sangsues sur la tumeur; le malade resta deux heures dans un bain, et l'on continua l'application des cataplasmes émolliens. Le lendemain, la tumeur était plus circonscrite, bornée à la partie antérieure de la rotule; les mouvemens de la jambe sur la cuisse étaient plus libres, la fluctuation plus manifeste. Même traitement. Le jour suivant je pratiquai une longue incision verticale sur la tumeur, et il en sortit aussitôt une quantité considérable (5 onces au moins), d'un pus jaunâtre, épais, grumeleux, mêlé de quelques stries sanguines: après son évacuation, je portai le doigt dans la cavité du foyer, afin d'en reconnaître les limites. Il s'étendait surtout en bas, où il dépassait d'un demi-pouce la moitié inférieure de la circonférence de la rotule. Les parois de cette capsule élargie, étaient molles, tomenteuses, traversées par quelques brides celluleuses, nullement sensibles au contact du doigt, contact que le malade compara à celui d'un morceau de velours avec lequel on eût frotté la surface de la peau.

Le genou fut recouvert d'un cataplasme, et comprimé modérément. Le lendemain je fis sortir encore une assez grande quantité de pus, en pressant soigneusement les parois du foyer, sans qu'il en résultât de douleur notable. Le surlendemain elles semblaient déjà agglutinées dans toute leur étendue; une pression exercée dans tous les sens ne faisait pas suinter la moindre gouttelette de pus de la large ouverture que j'avais pratiquée: d'ailleurs, absence de tuméfaction et de sensibilité de toute cette partie du genou. J'appliquai alors des compresses graduées et un bandage compressif, en plaçant sous le jarret un atelle qui s'opposait à toute espèce de mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse. Repos absolu. Ce traitement fut continué sans interruption. La compression était maintenue avec exactitude, le malade ne sortit pas de son lit, et évita soigneusement toute espèce de mouvement de la partie malade. Le quatorzième jour la guérison était complète.

Cette observation particulière d'inflammation aiguë d'une bourse

muqueuse sous-cutanée, confirme en tous points l'exactitude de la description générale que j'en ai tracée dans le *Dictionnaire de Médecine* en 25 vol., tome V, article *Bourses muqueuses*. Elle fournit de plus un exemple de la marche assez rapide que cette inflammation suit dans son développement. Malgré la douleur vive qui l'accompagnait, on a dû remarquer que les parois de la capsule muqueuse étaient à peine sensibles au toucher, quand je promenai mon doigt dans la cavité du foyer après en avoir évacué le pus. L'inflammation qui donne si souvent un excès de sensibilité à des parties qui n'en sont douées qu'à un très-faible degré dans l'état naturel, n'ajouterait donc rien sous ce rapport à la vitalité si peu prononcée des bourses muqueuses en général? C'est un fait qu'il était intéressant de constater. Il est inutile de faire remarquer, sans doute, que la douleur éprouvée par le malade résultait du gonflement inflammatoire des parties environnantes. Je ne doute pas que ce soit à la compression soutenue que j'exerçai dès le début sur le genou, qu'a été due l'oblitération si rapide du foyer de l'abcès, et conséquemment la guérison.

Thérapeutique.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE; *par M. Bergeon.* — Le but de M. B. a été, 1° de simplifier l'opération de la cataracte; 2° de rendre le même instrument et le même procédé applicables à tous les cas de cette maladie; 3° de détruire plus facilement certaines adhérences de la capsule cristalline à l'iris, *quand elles ne sont pas trop étendues*; 4° enfin, et c'est le but principal, de prévenir les cataractes secondaires qui sont, comme on le sait, la conséquence presque nécessaire de la capsule restée en place. Il a donné à son procédé le nom de *réclination capsulo-lenticulaire* pour faire bien comprendre que dans le *renversement* et non la *dépression* de la cataracte, il déplace tout à-la-fois et le cristallin et sa capsule.

L'aiguille qu'il emploie, et à laquelle il donne le nom de *réclinateur*, a la longueur totale des aiguilles ordinaires; elle se compose d'une lame ayant deux faces, l'une convexe antérieure ou iridienne; l'autre concave postérieure ou cristalline. La convexité de la face antérieure ou iridienne résulte de la réunion de deux pans qui forment une arête mousse sur la ligne médiane. La face postérieure n'a de concavité que dans son diamètre longitudinal qui est de quatre lignes; son diamètre transversal est d'une ligne et demie; sa concavité est telle qu'elle correspond exactement à la convexité du cristallin. La pointe, loin de se prolonger d'une manière très-déliée, comme dans l'aiguille de M. Dupuytren, se termine au contraire assez brusquement, comme les lancettes à grain d'orge, par exemple. La forme générale de cette petite lame est celle d'un ovale un peu alongé et re-

pendant quelques instans, afin que l'humeur vitrée revienne sur lui et l'empêche de se relever; on peut même, pour plus de sûreté, tourner le manche avec douceur dans ses doigts, de manière que sa face *iridienne* devienne inférieure, et que sa face linéaire soit placée en haut.

L'on conçoit que par ce moyen il devient très-facile d'appuyer sur le crystallin avec la face convexe de l'aiguille, lors même qu'on ne pourrait plus la distinguer au fond de l'œil, et qu'on n'a pas la crainte de blesser la rétine et la choroïde avec la pointe du réclinateur. Supposons maintenant qu'en faisant passer l'aiguille sous le crystallin, et la ramenant derrière l'iris, on pénètre entre la lentille et sa capsule, au lieu de chercher à recommencer ce temps de l'opération, et qui ne laisserait pas que d'irriter l'iris, il vaut mieux porter la pointe du réclinateur au travers de cette capsule, en dirigeant l'extrémité du manche très-fortement vers la tempe du malade. Ainsi saisie, la crystalloïde, déchirée dans la plus grande partie de son étendue, se trouve entraînée avec le crystallin. Lorsqu'on veut retirer l'aiguille du globe oculaire, et que sa face linéaire est tournée en haut, on doit relever graduellement l'extrémité du manche; il faut au contraire la baisser peu-à-peu quand c'est la face *iridienne* qui est dans cette direction.

L'espace nous manque pour pouvoir énumérer ici les avantages que l'auteur attribue à son procédé sur tous les autres: plusieurs nous ont paru évidens. Nous ne disons rien non plus des objections que l'on pourrait faire à la réclination capsulo-lenticulaire, objections que M. Bergeon a pris lui-même soin de réfuter en s'appuyant sur le raisonnement et sur des faits de pratique recueillis sur le cadavre et le vivant. (Bergeon. *De la réclination capsulo-ventriculaire, ou nouveau procédé d'abaissement de la cataracte avec une aiguille nouvelle.* Thèses de Paris, 1833, N.° 263.)

Réunion immédiate d'une oreille complètement séparée; *obs. du docteur. Raphael Manni.*—En juin 1833, un meûnier qui s'était rendu la nuit dans une maison publique, reçut un coup de sabre qui lui coupa entièrement l'oreille droite. Avant de sortir de la maison il prit l'oreille qui était par terre, et la conserva dans sa poche. Le lendemain de bonne heure il alla trouver le médecin, et lui présenta l'oreille froide et un peu écrasée. Le médecin lava l'oreille dans un peu d'esprit de vin étendu d'eau, et il rafraîchit d'une ligne les bords de la plaie de la partie restante de l'oreille et de la partie enlevée. Après avoir rapproché bien exactement ces parties, il les maintint à l'aide de quatre points de suture, et fit le pansement avec des bandelettes agglutinatives, des compresses, et avec un bandage approprié. Un jour après on enleva en partie l'appareil, afin de s'assurer si les parties étaient toujours en contact, et on observa que l'endroit de la

réunion était rouge; le malade avait de la fièvre avec de la soif et de la céphalalgie. Au bout de huit jours ces symptômes disparurent, et le pavillon commença à reprendre sa chaleur vitale; l'extrémité lobulaire fut réunie la première; les autres points suppurèrent, et des bourgeons charnus se développèrent sur les cartilages. Dans l'espace à-peu-près d'un mois la guérison était complète; le malade conserva son oreille droite presque dans le même état que l'oreille gauche, et on ne remarquait pas autre chose dans le lieu de la réunion qu'une cicatrice linéaire elliptique. (*Filiatre-Sebezio*, *Maggio* 1834.)

Emploi du chlorure de chaux dans la blennorrhagie aigue et chronique. — M. Caussade a entrepris, par des expériences, de vérifier les avantages de cette médication préconisée par le professeur Graëffe, de Berlin. Il avance que le chlorure de chaux tarit plus vite les écoulemens qui accompagnent l'uréthrite, que le copahu et le poivre cubèbe; que ces écoulemens ne se reproduisent plus, tandis qu'après avoir été arrêtés par ces derniers ils paraissent souvent au bout de peu de jours. — Sur dix malades soumis au traitement par le chlorure de chaux, cinq étaient entrés au dépôt avec des écoulemens très-abondans qui existaient depuis long-temps, puisque chez l'un il datait de deux ans, et chez les autres de quatre, deux et un mois. Ils avaient subi divers traitemens sans succès; ils n'éprouvaient plus ni de vives douleurs ni ardeur en urinant : ce n'était plus qu'un léger prurit à l'entrée du canal de l'urètre. Le malade qui portait l'écoulement depuis deux ans est sorti après dix jours de traitement, et les autres après douze, quinze et vingt-cinq jours.

Les cinq autres malades furent choisis parmi ceux dont l'infection était très-récente. Ils éprouvaient tous une vive douleur en urinant; l'un d'eux n'urinait même que goutte à goutte, et il avait un gonflement du testicule droit. Ils furent d'abord traités par les antiphlogistiques et les calmans. Des sangsues furent appliquées sur le trajet du canal de l'urèthre; ils prirent des bains et des lavemens mucilagineux et légèrement opiacés : des cataplasmes émolliens entouraient le pénis. Ils firent usage de pilules camphrées et nitrées, et d'une tisane faite avec les décoctions d'orge, de chiendent et de graine de lin. A peine la violence de l'uréthrite fût-elle dissipée, qu'on eut recours au chlorure de chaux, et trois d'entr'eux furent guéris du 10.e au 25.e jour. Les deux autres furent obligés de le suspendre le second jour, à cause d'une douleur violente qu'ils ressentirent le long du canal de l'urètre. On fit une nouvelle application de sangsues sur ce canal, et on s'en tint aux autres moyens adoucissans. Après six jours on voulut reprendre le chlorure, qui produisit le même effet. Ces malades furent traités par les adoucissans, et ces écoulemens ne cédèrent qu'à la longue et après avoir fait usage d'injections astringentes.

La répugnance qu'ont montrée ces malades pour prendre la potion du docteur Graeffe, décida M. Caussade à leur donner des pilules selon la formule suivante : prenez chlorure de chaux, 1 gros ; extrait gommeux d'opium, 9 grains, ou laudanum liquide de Sydenham, demi-gros ; quantité suffisante de mucilage de gomme pour faire 54 pilules égales. On en prenait d'abord le premier jour une de deux en deux heures, puis six, huit, dix et douze toutes les heures. Les injections étaient faites trois fois par jour avec la solution suivante : chlorure de chaux, 24 grains ; laudanum liq. de Sydenham, demi-gros à un gros ; eau, 6 onces. L'opium ajouté au chlorure de chaux évite ou diminue l'effet irritant de cette substance, qui, administrée seule à l'intérieur ou en injection, détermine, comme l'a observé le docteur Graeffe, une vive douleur sur le canal de l'urètre et même sur la totalité du pénis (*Notice des travaux de la Soc. roy. de Méd. de Bordeaux*, 1833, *in*-8.°, *p.* 154 (1).

Usage de douches d'eau sur la région hypogastrique pour le traitement de l'hémorrhagie utérine ; *observ. de M. Trevignano.* — Une femme enceinte de six mois, étant tombée, fit une fausse-couche qui fut suivie d'une hémorrhagie utérine. On employa tous les moyens recommandés pour arrêter le sang qui coulait en abondance de l'utérus, mais inutilement, et la mort semblait prochaine. L'auteur de cette observation, sachant par tradition qu'un vieil archiâtre, en parlant des hernies étranglées, recommandait le jet de l'eau d'une certaine hauteur sur l'abdomen, fut déterminé, par analogie, à en faire usage. Il fit étendre sur une large table, une couverture pliée en double sur laquelle fut couchée la malade. Le mari monta sur une chaise, et il commença à jeter de l'eau à température ordinaire sur la région utéro-vésicale, pendant quatre minutes. Après avoir été essuyée, la malade fut mise au lit, et dans une position convenable ; on ordonna la diète et quelque moyen médicamenteux de la classe des excitans, et la malade au bout de quelques jours étant complètement guérie reprit ses occupations ordinaires.

D'après cet heureux résultat, dit l'auteur, toutes les fois que j'ai eu à traiter des cas semblables, j'ai toujours préféré cette opération mécanique à tous les moyens connus, et jusqu'à présent j'en ai obtenu des bons résultats. Très-rarement il a fallu répéter l'opération ; seulement il est nécessaire de régler la température de l'eau selon la saison, et faire en sorte que la durée de la douche soit proportionnée au degré de la faiblesse et des autres circonstances dans lesquelles se trouvent les malades mises en traitement. (*Filiatre-Sebezio*, *maggio* 1834.)

---

(1) Nous donnerons dans le prochain Numéro une analyse de cette notice qui présente plusieurs faits intéressans.

Pharmacologie.

Nouvelles préparations de belladone et de jusquiame pour la dilatation de la pupille; *par V. Stoeber, agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg.* — Les médecins qui s'occupent du traitement des maladies des yeux, sont souvent obligés de dilater la pupille, non seulement avant l'opération de la cataracte et dans le cours d'une iritis, mais aussi lorsqu'il s'agit d'explorer les parties profondes de l'œil. Dans ce dernier cas cependant on a recours trop rarement à ce moyen d'investigation, ce qui tient en partie à ce que les malades allant ordinairement consulter le médecin chez lui, celui-ci ne veut pas les retenir pendant une demi-heure ou une heure, temps nécessaire pour dilater la pupille au moyen des préparations de belladone et de jusquiame actuellement en usage (extrait, infusion, suc exprimé, etc.), lesquelles ne réussissent même pas toujours à produire l'effet désiré. Le docteur Oehler a donc fait une chose utile en faisant connaître par la voie du *Journal d'ophthalmologie* du professeur Ammon, de Dresde (T. II, p. 223), deux nouvelles préparations dont l'effet est plus sûr et plus prompt que celui des préparations usitées jusqu'à présent. Ces deux substances sont *l'atropine* et *l'extrait essentiel de semences de jusquiame.* La première est préparée d'après le procédé suivant, par M. Wittstock, pharmacien à Berlin : des feuilles de belladone sont mises en digestion avec de l'alcohol et très-peu d'acide sulfurique ; au bout de quelque temps on sépare les feuilles de l'alcohol par le moyen du filtre : cet alcohol est alors soumis à la distillation qu'on pousse jusqu'à un certain point ; le résidu est dissous dans l'eau et filtré. On y ajoute de l'acétate de plomb liquide aussi long-temps qu'il se forme un précipité : on chauffe ensuite la liqueur et on filtre. A la partie filtrée on ajoute d'abord de l'acide sulfurique, ensuite on y fait entrer un courant d'hydrogène sulfuré, jusqu'à ce que l'oxyde de plomb qui s'y trouve soit précipité. La liqueur étant filtrée de nouveau on l'évapore au bain-marie à consistance d'extrait, en y ajoutant de la magnésie, et on fait dissoudre cet extrait dans de l'éther sulfurique alcoholisé. Cette liqueur éthérée est également évaporée à consistance d'extrait, et celui-ci dissous dans de l'eau distillée. Ces deux dernières opérations sont répétées une seconde fois. L'extrait ainsi obtenu n'est pas considéré comme de l'atropine pure par M. Oehler, mais comme un extrait essentiel de belladone. La manière de préparer *l'extrait essentiel de semences de jusquiame*, est beaucoup plus simple ; le docteur Brandes, qui l'a communiquée à M. Oehler, obtient cette substance en faisant digérer, à une température de 60 à 70°. etc., dans de l'alcohol à 0,85°, des semences de jusquiame : après avoir renouvelé deux fois l'alcohol, il réunit les trois portions, les filtre, et fait ensuite évaporer à une douce température. L'extrait

ainsi obtenu est traité par l'eau : cette solution aqueuse filtrée et évaporée fournit l'extrait essentiel.

Le docteur Oehler emploie la narcotine et l'extrait essentiel de jusquiame étendus dans quatre ou cinq fois leur poids d'eau, et il instille quelques gouttes de cette dissolution dans l'œil malade, ce qui, suivant lui, produit la dilatation de la pupille au bout de quelques minutes. J'ai fait préparer par M. Hecht fils, pharmacien, l'extrait essentiel de semences de jusquiame; pour l'usage ordinaire je fais dissoudre quelques gouttes de cet extrait assez liquide, dans quatre fois autant d'eau distillée. Deux gouttes de cette solution, instillées dans l'œil au moyen d'un pinceau, ont toujours provoqué la dilatation de la pupille dans l'espace de dix à douze minutes ; une seule fois, chez un vieillard décrépit, l'effet a été plus lent à se produire; dans ce cas, vingt minutes après l'instillation la pupille était encore dans l'état naturel, mais le lendemain, quand je revis le malade, elle était largement dilatée. Je me suis servi aussi de cette préparation pour dilater la pupille avant l'opération de la cataracte. Dans un cas de cataracte congéniale chez un garçon de onze ans, deux gouttes de la solution instillées seize heures avant l'opération, ont suffi pour produire une dilatation extraordinaire de la pupille. L'action du médicament cesse ordinairement au bout de 24 à 36 heures, quelquefois un peu plus tôt.

Académie royale de Médecine.

Séance du 6 *mai.* — BAZAR CHIRURGICAL. — M. Thillaye lit un rapport sur un établissement créé par M. Melecot, rue Neuve-Saint-Augustin, N.° 37, sous le nom de *Bazar chirurgical*, et sur lequel le ministre demande l'opinion de l'Académie. Le *Bazar chirurgical* est un lieu où sont réunis divers instrumens et appareils auxquels une foule d'accidens force d'avoir recours, et qu'on ne sait pas toujours et comment se procurer; tels qu'appareils pour les fractures, baignoires de diverses sortes, brancards pour le transport des malades, béquilles, biberons pour l'allaitement artificiel, bandages divers, cornets acoustiques, bas lacés, moxas, pessaires, etc. Les commissaires de l'Académie ont constaté le bon état des instrumens que M. Melecot offre au public dans son bazar chirurgical. Déjà un pharmacien de la rue Neuve-Saint-Méderic, N.° 12, M. Colmet d'Aage, a depuis cinq ans l'habitude de tenir prêts dans son officine des appareils pour les fractures. Mais l'entreprise du bazar chirurgical embrasse tous les besoins de l'art de guérir. La commission propose de répondre

au ministre que l'établissement de M. Melecot est de ceux qui méritent d'être encouragés; mais que, pour prévenir le danger de fournir au public des instrumens mal faits, il faut n'en permettre la direction qu'à des individus pourvus d'un titre légal, ainsi qu'on l'exige pour les herboristes, bandagistes-herniaires, dentistes, etc.

Déviations latérales du rachis. *Mémoire de M. le docteur Pravaz; rapport de M. Bricheteau.* — Dans ce mémoire, qui est le troisième de ceux qu'il a lus à l'Académie sur l'orthopédie, M. Pravaz veut prouver que pour corriger les déviations latérales du rachis, il faut associer à la traction exercée sur les deux extrémités de l'épine une pression sur la convexité de l'inflexion de la colonne vertébrale. Un médecin anglais, Benefield, avait déjà conseillé de faire coucher le malade sur le côté correspondant à l'inflexion, et de disposer le lit de manière à ce qu'il exerçât sur cette inflexion une pression propre à la redresser. M. Pravaz a cherché à joindre à cette pression un exercice énergique des puissances musculaires antagonistes, et il a imaginé un appareil qui tour-à-tour est un lit de repos sur lequel se placent les malades dans les intervalles de l'extension, et un moyen de gymnastique. En effet, si on suspend l'appareil comme un cadre de marine, en même temps que le malade y est couché, il peut, à l'aide d'une corde attachée à un mur, se balancer et forcer les muscles qui du bras vont au thorax, à concourir au redressement du rachis. Si on le place sur deux essieux dont l'antérieur est mobile, le malade peut lui-même lui imprimer un mouvement de translation. La commission a reconnu à ce char les quatre avantages suivans : de procurer un décubitus qui soustrait à l'épine le poids de la tête et du thorax, de condamner au repos les muscles antagonistes prédominans, de comprimer efficacement et à son gré la convexité de la courbure rachidienne, enfin d'exercer vigoureusement les muscles antagonistes les plus faibles. M. Pravaz blâme l'usage des béquilles, et pour les remplacer dans les appareils portatifs d'extension et de pression, il a imaginé un corset ordinaire recevant latéralement dans des goussets deux tuteurs en acier, terminés par un croissant convenablement garni, et disposé de façon qu'en même temps qu'il alonge l'épine il presse sur la partie de cette épine qui est convexe. La commission conclut, que ces nouveaux instrumens de M. Pravaz méritent l'approbation de l'Académie. Adopté.

De l'éclectisme en médecine. *Mémoire de M. Risueno de Amador; rapport de MM. Itard et Bousquet.* — L'idée-mère du mémoire de M. Risueno, est que dans les sciences dont les faits sont complexes, instables, et où les doctrines ne sont pas faites, l'éclectisme est de rigueur, et à ce titre doit dominer dans la médecine. Des remercîmens seront adressés à ce médecin, et son nom inscrit sur la liste des candidats aux places d'adjoints-correspondans.

Engorgement des amygdales. — M. Sanson lit un rapport sur un mémoire de M. Deces, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, relatif aux procédés curatifs des engorgemens des amygdales, et particulièrement de celui de Desault. La première partie du mémoire est toute historique, et traite des divers procédés qui ont été successivement employés contre les engorgemens chroniques des amygdales; savoir, *l'évulsion* au moyen de l'ongle, la *ligature*, la *cautérisation*, les *scarifications*, les *douches hydro-sulfureuses*, et la *résection*. C'est à la résection, pratiquée selon la méthode de Desault, un peu simplifiée, que le chirurgien de Reims donne la préférence, et M. Deces cite trois cas où cette méthode lui a réussi. La seconde partie du mémoire a pour objet la comparaison des méthodes et la détermination des cas où chacune d'elles est applicable. Selon M. Deces, *l'évulsion* et les *cautérisations* peuvent convenir dans les engorgemens œdémateux et chroniques des amygdales. La *ligature* et les *scarifications* doivent au contraire n'être jamais employées. *L'excision* est la méthode la plus fréquemment applicable, pratiquée surtout selon la méthode de Desault. Seulement M. Deces a inventé un instrument qu'il appelle *kiotome*, et qui permet que l'opération soit faite avec plus de facilité et de simplicité. Sans croire que M. Deces, par son mémoire, parvienne à réhabiliter le procédé de Desault tombé dans l'oubli, la commission donne des éloges à ce mémoire, et propose que l'auteur soit inscrit sur la liste des candidats aux places d'adjoints correspondans. Adopté.

Magnétisme. — M. Maingault se plaint de ce que l'Académie n'a pas discuté le rapport que lui a présenté il y a trois ans la commission du magnétisme; par son silence, l'Académie semble avoir reconnu véritables les faits avancés par la commission, et avoir adopté les conclusions qu'elle en a déduites. Le rapport de la commission imprimé est partout cité dans la littérature médicale comme œuvre de l'Académie; et, selon lui, il importe que le compagnie fasse connaître qu'elle n'est pour rien dans ce rapport. M. Maingault propose donc que le rapport soit discuté, et il commence la lecture d'un mémoire où le rapport est attaqué. Il continuera dans la séance prochaine.

Séance du 13 mai. — Capsules gélatineuses. *Mémoire de MM. Dublanc et Mothe; rapport de M. Planche.* — Pour rendre plus facile l'administration de certains médicamens dont l'odeur et la saveur sont repoussantes, MM. Dublanc et Mothe ont imaginé de les renfermer dans de petits sphéroïdes en gélatine sèche, qu'ils nomment *capsules gélatineuses*. Ce moyen a l'avantage de s'appliquer aux médicamens liquides aussi bien qu'aux médicamens solides; les capsules gélatineuses qu'ont présentées à l'Académie MM. Dublanc et Mothe, contiennent, les unes du baume de Copahu, les autres de l'essence

de térébenthine. Les commissaires ont constaté que bien que préparées depuis trois mois, ces capsules n'ont presque rien perdu de leur poids, ont conservé leur forme, leur solidité, et sont presque complétement inodores. L'enveloppe est faite avec de la gélatine unie à du sucre, et un instrument particulier sert à préparer ces capsules. Les commissaires ne croient pas cependant que les capsules gélatineuses doivent être employées en toutes occasions, beaucoup de médicamens ne pouvant pas être mis en contact avec l'estomac sans être mitigés.

SUCCÉDANÉ DU QUINQUINA. — M. Delens lit un rapport sur une note de M. Bourgeois, chirurgien en chef de l'hôpital du Fort-Neuf à Alger, annonçant la découverte d'une substance propre à remplacer le sulfate de quinine. Ce moyen est l'alun ou le sulfate d'alumine et de potasse. Le rapporteur rappelle que l'on a déjà proposé et employé plusieurs fois l'alun dans le traitement des fièvres intermittentes, et cela sans beaucoup de succès. M. Bourgeois ne cite dans son mémoire aucuns faits à l'appui de son emploi ; et dans deux essais qu'en a faits la commission, il n'a pas influé sur la fièvre intermittente, qui plus tard a cédé à une dose égale de sulfate de quinine. Il conclut à ce que M. Bourgeois soit prié de faire connaître en détail les observations pratiques qui lui ont prouvé les propriétés fébrifuges de l'alun.

MAGNÉTISME. — M. Maingault achève la lecture de son mémoire sur le magnétisme. Il reproduit sa proposition, que l'Académie engage la discussion sur le rapport que lui a présenté M. Husson au nom de la commission du magnétisme. — MM. Ferrus et Londe appuient cette proposition. — M. Husson consent à la discussion en ce qui concerne les conséquences théoriques qui terminent le rapport ; mais elle ne peut s'établir sur les faits rapportés par la commission, et dont elle dit avoir été témoin, puisque personne ne peut élever de doutes sur des faits que neuf médecins consciencieux et éclairés disent avoir recueillis eux-mêmes. — La continuation de ce débat est remise à la séance prochaine.

Séance du 20 mai. — MAGNÉTISME. — La discussion est reprise sur la question de savoir si, sur la demande de M. Maingault, l'Académie mettra à l'ordre du jour de sa prochaine séance la discussion du rapport de M. Husson, sur le magnétisme. — La commission annonce de nouveau, par l'organe de son rapporteur, M. Husson, qu'elle se soumet à la discussion en ce qui concerne les idées théoriques mentionnées dans le rapport, mais qu'elle se refuse à tous débats sur les faits qu'elle mentionne, attendu que personne n'a le droit de contester des faits qu'elle déclare avoir observés. — MM. Rochoux, Maingault, Andral repoussent la distinction faite par M. le rapporteur ; non-seulement tout rapport doit être discuté avant d'être adopté, mais on ne peut ainsi séparer les faits et les conclusions qu'on en

déduit ; la discussion doit pouvoir porter également sur les uns et sur les autres. MM. Bouillaud et Honoré opinent aussi pour que la discussion demandée par M. Maingault s'engage aussitôt, persuadés qu'ils sont que cette discussion mettra en lumière les jongleries des magnétiseurs. — M. Cornac croit aussi que le magnétisme n'est qu'une œuvre de charlatan ; mais c'est à cause de cela qu'il veut que l'Académie passe à l'ordre du jour sur la proposition de M. Maingault. —M. Adelon ne croit pas que l'honneur de l'Académie soit aucunement engagé à discuter le rapport de la commission : qu'on se rappelle en effet les antécédens? une proposition est faite à l'Académie de vérifier les faits magnétiques, surtout ceux du somnambulisme, qui étaient inconnus au moment où l'Académie des Sciences s'expliqua sur le magnétisme en 1784 ; cette proposition est consentie, et l'Académie, il y a huit ans, nomme une commission de onze membres à l'effet de faire des expériences et recherches sur le magnétisme animal. Pendant quatre ans cette commission travaille. Au bout de ce temps elle vient vous lire le fruit de ses recherches : voilà l'origine du rapport de M. Husson. Ce rapport contient-il un travail définitif sur le magnétisme ; et les faits qu'y a réunis la commission sont-ils tels qu'ils puissent servir à juger la question du magnétisme? Il n'y a pas à hésiter, il faut que l'Académie discute ce rapport, et juge les questions dont il traite. Ce rapport au contraire n'est-il qu'un exposé des recherches de la commission, une simple communication de ses travaux sur la question, mais sans que ces travaux soient suffisans pour mettre à même de résoudre la question ? l'Académie peut et doit remettre à de nouveaux rapports de sa commission une discussion qui aujourd'hui ne conduirait à aucuns résultats. C'est donc à la commission à dire, si le rapport qu'elle a présenté est un travail définitif sur le magnétisme, ou un simple compte-rendu de ses recherches sur la question. M. Gueneau de Mussy, membre de la commission, dit qu'en effet le rapport de M. Husson ne doit être considéré que comme un exposé de ses recherches ; au bout de trios ans d'existence elle a éprouvé le besoin de dire ce qu'elle avait fait, reconnaissant elle-même qu'elle ne fournissait pas tous les élémens nécessaires pour la solution de cette question · à ce titre, il demande l'ajournement de toute discussion. — Plusieurs membres, MM. Ferrus, Rochoux, Castel, Desgenettes, ajoutent que le travail lu par M. Husson au nom de la commission du magnétisme, a été si bien considéré comme un rapport, et comme tel destiné à être discuté, que l'Académie l'a fait lithographier et distribuer à tous ses membres.—M. Breschet demande que le rapport soit renvoyé à la commission, pour que celle-ci y ajoute les nouveaux faits qu'elle a dû recueillir depuis trois ans : M. Husson répond que la commission, depuis la communition qu'elle a faite à l'Academie, ne s'est pas réunie. — M. Marc

expose que la commission était composée de onze membres ; que deux de ceux-ci n'ont assisté à aucune de ses séances, mais que les neuf autres ont apporté tout zèle dans leurs recherches, et ne les ont suspendues que quand l'administration des hôpitaux a défendu toutes les expériences magnétiques dans les hospices. — M. Keraudren propose de nommer une autre commission pour continuer les recherches magnétiques. — M. Adelon répète que l'Académie n'est nullement dans une position difficile à l'égard du magnétisme : où en est-elle en effet à cet égard ? elle a chargé une commission de faire des recherches sur cette matière ; sa commission lui a lu un premier compte-rendu, un premier rapport, si l'on veut ; ne trouvant pas dans ce rapport assez de faits pour juger la question, elle ajourne toute discussion jusqu'à ce que cette question soit suffisamment éclaircie. Il termine en proposant à l'Académie de déclarer, que ne regardant le rapport de M. Husson que comme une communication, il n'y a pas lieu à le discuter, et qu'il faut attendre un nouveau rapport de la commission, et engager celle-ci à continuer ses recherches. — Après de vifs débats, cette proposition de M. Adelon est enfin adoptée.

Séance du 27 mai. — M. Husson lit un rapport de M. Renauldin, sur un mémoire de M. le docteur Gasté, intitulé : *Abrégé de l'histoire de la médecine, depuis son origine jusqu'aux écoles chimiques du dix-septième siècle*. Ce mémoire est un abrégé de *l'Histoire de la médecine*, par Sprengel ; en trois cents et quelques pages M. Gasté a analysé les quatre premiers volumes de l'auteur allemand, et le rapporteur conclut à remercier M. Gasté, et à placer le nom de ce médecin sur la liste des candidats aux places de correspondans. Adopté.

BUSTE DE M. PERCY. — M. Desgenettes fait un rapport sur l'offre qu'a fait M.me veuve Percy, du buste de son mari, pour être placé dans la salle des séances de l'Académie. Les réglemens veulent qu'aucun buste ne soit agréé que cinq ans après la mort de l'académicien ; un plus long-temps s'est écoulé depuis que Percy a été enlevé à la science, et il est inutile de rappeler les grands services de ce célèbre chirurgien : le buste qui est offert est une œuvre du célèbre sculpteur David ; à tous ces titres l'Académie doit accepter le beau présent qui lui est fait, et en remercier M.me Percy. Adopté.

MAISONS CENTRALES DE FORCE ET DE CORRECTION. — Un réglement prescrit aux médecins et chirurgiens de ces maisons, de faire, chaque année, un rapport sur les maladies qui y ont régné, sur leurs causes et sur les moyens d'en diminuer l'intensité. Le 15 mars dernier, le ministre a envoyé à l'Académie ceux de ces rapports qui lui ont été soumis pour l'année 1833, avec prière de les examiner, de dire son avis sur ce qu'on y propose relativement à l'amélioration de l'état sanitaire des maisons de détention, et d'exprimer si elle approuve la

réclament avec raison les médecins auteurs des rapports ; plusieurs par exemple, sont situées en des lieux bas et humides. Quant aux moyens généraux d'amélioration, la commission les fait consister surtout, 1° *dans la surveillance du régime alimentaire et de la confection du pain surtout*, lequel devrait être composé à-peu-près comme celui du soldat : celui qui serait confectionné ainsi que le veut le cahier des charges, ne serait pas mangeable. La commission pense qu'il faudrait donner de la viande aux détenus quatre fois par semaine, au lieu de deux, et permettre aux prisonniers valides et travailleurs d'améliorer à leur gré leur régime ; elle pense que l'administration pourrait elle-même augmenter le nombre des jours où le régime gras est accordé, en faisant une retenue proportionnée sur l'argent que gagnent les prisonniers. Ceux-ci auraient plus d'avantage à recevoir d'elle, que d'aller acheter à haut prix à la cantine des mets qui y sont d'une moins bonne qualité. Leur santé serait meilleure, leur travail plus lucratif, les frais d'infirmerie moindres, et l'on ferait disparaître les cantines actuelles qui transforment les réfectoires en guinguettes, et en lieux de débauche. Ainsi, il pourrait y avoir dans chaque maison de détention plusieurs régimes, et des tables diversement composées. Pour prévenir les abus, l'autorité municipale interviendrait entre les prisonniers et les entrepreneurs de la maison. Le cahier des charges dit qu'on employera pour faire 100 litres de soupe, destinés à la nourriture de 100 détenus, ou 15 kilogrammes de viande de bœuf, ou trois livres de beurre ou deux livres de graisse de porc fondue ; n'est-ce pas là une préparation évidemment trop parcimonieuse ? 2° *Dans la réparation* et *la propreté des vêtemens*; généralement les vêtemens d'hiver sont donnés trop tard, et retirés trop tôt, et c'est à cela qu'on peut attribuer les épidémies catarrhales si communes dans les prisons ; 3° *dans le chauffage des infirmeries et des ateliers*, et *l'établissement de fosses d'aisances mobiles et inodores*; 4° *dans la précaution d'éviter l'agglomération des détenus* ; 5° *dans la propreté*, et pour cela il faudrait introduire dans les maisons de détention les habitudes et la discipline des casernes ; visiter à de certains intervalles les détenus, les obliger à se baigner une fois par semaine au moins, etc. ; 6° *dans l'interdiction de tous les travaux insalubres*.

La commision juge que les rapports qui lui ont été communiqués ne sont pas rédigés de manière à fournir tous les renseignemens désirables ; mais, pour s'expliquer plus complètement à cet égard, elle croit devoir attendre les onze rapports qui lui manquent

Quant aux renseignemens qu'il faut plus particulièrement réclamer, ce sont surtout ceux relatifs aux causes, à l'invasion, à la marche et à la terminaison des maladies. Il n'est pas essentiel de donner à la description de ces maladies une grande extension ; ce qui importe

surtout, c'est de spécifier leur nature particulière, les caractères généraux qu'elles ont présentées, si elles sont contagieuses ou non, et à quelles causes on peut attribuer le développement de la contagion et leur persistance; si elles sont endémiques ou non; dans quelles saisons elles se sont développées et sous quelles influences atmosphériques ou autres; si elles ont été inflammatoires ou asthéniques; quels organes ou appareils en étaient le siége, etc. Les notes sur les malades devraient contenir aussi les détails des nécropsies, ainsi que les particularités d'organisation du détenu propres à éclairer la phrénologie; elles devraient mentionner l'âge, la profession, la nature de la condamnation, la durée de la peine, les rapports avec des étrangers, la conduite à l'intérieur, etc.

La commission pense que l'utilité d'un journal de clinique tenu par les médecins et chirurgiens de la maison est incontestable. Elle croit que le modèle doit être le même pour toutes les maisons. Elle approuve aussi le cahier de visite, et propose pour modèle celui employé dans les hôpitaux et prisons de Paris. Enfin, elle regrette que le ministre n'ait pas consulté également l'Académie sur les moyens d'améliorer le moral des détenus, question sur laquelle l'Académie n'est pas moins compétente que pour toutes les précédentes. La discussion de ce rapport est renvoyée à une des prochaines séances.

Séance du 3 juin. — Eléction d'un titulaire dans la classe ou section de pathologie médicale; les candidats présentés sont: MM. Brichetéau, Ferrus, Lassis et Louis. Au deuxième tour de scrutin, M. Ferrus ayant obtenu sur 84 votans 43 suffrages, est élu.

Monstruosité par inclusion. *Observation de M. André, de Péronne; rapport de M. Ollivier, d'Angers.* — Ce dernier, ainsi que la commission dont il est l'interprète, ne considèrent pas comme une monstruosité par inclusion le cas rapporté par M. le docteur André; ce n'est, selon eux, qu'une tumeur pileuse et dentifère développée dans le testicule d'un enfant; et en effet le développement de cette tumeur a coïncidé avec le travail de la seconde dentition. Toutefois ce cas, dit le rapporteur, est curieux, et il propose la publication du mémoire de M. André dans le prochain fascicule de l'Académie. Adopté. — Nous donnerons dans le prochain Numéro un extrait de cette intéressante observation.

Physiologie de l'être humain. — M. Bousquet lit un rapport sur un mémoire de M. Ribes, professeur à la Faculté de Montpellier, intitulé: *Considérations physiologiques sur la physiologie de l'être humain.* Le système physiologique de M. Ribes n'est ni le vitalisme, ni l'animisme, ni l'organisme; l'univers n'est pour lui qu'un seul être, immense, infini, et où tout vit. la vie n'est pour lui ni le sentiment, ni le mouvement spontané, ni la température, ni la nutrition, mais *l'action*: comme tout agit et réagit, comme tout est actif et passif,

en ce sens tout vit ; seulement cette vie se modifie de mille manières et se présente en des degrés infinis. Delà M. Ribes conclut qu'il faut surtout étudier les choses dans la dépendance où elles sont les unes des autres ; avec les sens on constate les faits palpables, mais il faut y associer l'intelligence, la raison, pour saisir les rapports des choses, et par ces rapports remonter à leurs causes. Il y a deux méthodes de philosopher, dit le rapporteur ; l'une où l'observation précède la raison, c'est la méthode dite *expérimentale*, celle de Bacon ; l'autre où la raison devance l'observation, c'est celle de Descartes. M. Ribes, dans son système, a beaucoup de points de contact avec celui de Descartes. — M. Bousquet termine en demandant que le nom de M. Ribes soit mis sur la liste des candidats aux places de correspondans. Adopté.

Séance du 10 *juin*. — CONCOURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE. — M. le président, en exécution du statut universitaire du 18 octobre 1832, tire au sort dans la classe réunie de pathologie chirurgicale et d'opérations, cinq membres de l'Académie, pour faire partie du jury du concours destiné à pourvoir à la chaire vacante par la mort de M. Boyer. Le sort désigne juges titulaires MM. Larrey, Regnault, Gimelle et Amussat, et juge suppléant, M. Barbier.

CORRESPONDANS. — M. Husson, au nom d'une commission, expose que l'Académie a perdu 57 de ses membres correspondans, et propose pour leur remplacement une liste de 35 médecins, chirurgiens ou vétérinaires. — Quelques membres objectent que dans cette liste se trouvent deux hommes, très-recommandables sans doute, mais qui ne possèdent pas les conditions d'admissibilité prescrites par l'art. 41 du réglement : l'un de ces candidats est M. Girard, de Clermont, qui n'est qu'officier de santé, et l'art. 41 du réglement veut qu'on soit docteur en médecine ou en chirurgie ; l'autre est M. Hurtrel-d'Arboval, qui, vétérinaire distingué, n'a cependant aucun titre légal en médecine-vétérinaire. — D'autres membres objectent que l'art. 8 de la première ordonnance constitutive de l'Académie, dit que les correspondans seront pris de préférence parmi les médecins, chirurgiens, *officiers de santé*, etc., qui auront présenté des travaux à l'Académie ; ils expriment qu'un article du réglement ne peut l'emporter sur un article de l'ordonnance. M. Adelon rappelle que la constitution de l'Académie, établie par l'ordonnance du 20 décembre 1820, et dont on invoque ici l'art. 8 en faveur des officiers de santé, a été changée par une seconde ordonnance du 18 octobre 1829 ; que dans cette seconde ordonnance, le nombre des membres de l'Académie a été restreint des 2/3, et qu'il n'y est plus fait mention de l'aptitude des officiers de santé à être correspondans ; que l'art. 9 de cette seconde ordonnance a ordonné que le réglement de l'Académie fût modifié

conformément à la nouvelle constitution de l'Académie, et que c'est par suite, en avril 1830, que fut fait et approuvé par le ministre le réglement dont l'art. 41 exige qu'on soit docteur pour obtenir un titre dans l'Académie. Il pense donc que l'art. du réglement est impératif, d'autant qu'il est en harmonie avec la loi du 19 ventôse an XI, qui prononce l'inadmissibilité des officiers de santé à beaucoup d'emplois médicaux. — Sur la proposition de M. Double, la question soulevée à l'occasion de MM. Girard et Hurtrel-d'Arboval, est renvoyée à l'examen du conseil d'administration. — Quelques membres demandent qu'on aille aux voix sur les 33 autres noms portés dans la liste : M. Adelon demande et obtient le renvoi à une séance prochaine, attendu, 1.° que l'art. 47 du réglement veut qu'il ne soit voté sur les rapports de présentation que dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport ; 2.° que l'art. 45 veut que ces rapports soient faits en comité secret ; 3.° enfin que l'art. 48 veut que l'élection se fasse au scrutin de liste.

Séance du 17 juin—Comité secret.—Correspondans. — On reprend la discussion sur le rapport de M. Husson, relatif à une présentation de correspondans : le rapporteur annonce que le conseil n'a pas encore résolu les questions soulevées à l'occasion de MM. Girard et Hurtrel-d'Arboval, mais que la commission propose à l'Académie de procéder à l'élection des 33 autres candidats présentés. — M. le président avertit qu'en vertu des ordonnances et réglemens de l'Académie, les membres adjoints ne doivent pas concourir à l'élection : plusieurs de ces académiciens se récrient contre cette injuste exclusion, et quittent la salle. Quelques membres reprochent à la commission d'avoir oublié des noms honorables, et veulent les faire ajouter à la liste : il leur est répondu, d'une part, que la commission n'a pas prétendu faire une liste complète, mais seulement présenter les hommes les plus dignes, les plus méritans, laissant à une autre commission à réparer les oublis qu'elle a pu faire ; d'autre part, qu'aucun nom nouveau ne peut être ajouté ainsi spontanément à la liste, puisque le réglement veut que pour toute élection la présentation soit faite par une commission (art. 43). — On procède alors au scrutin, et sont nommés correspondans de l'Académie,

MM. *Balard*, pharmacien à Montpellier ; *Bedor*, chirurgien à Troyes ; *Boissat*, médecin à Périgueux ; *Boucher*, médecin à Versailles ; *Brulatour*, chirurgien à Bordeaux ; *Caffort*, médecin à Narbonne ; *Claret*, médecin à Vannes ; *Deces*, chirurgien à Reims ; *Degland*, médecin à Rennes ; *Dublanc*, pharmacien à Troyes ; *Fabre*, médecin à Puch ; *Fourcauld*, médecin à Houdan ; *Garnot*, médecin à Brest ; *Gasté*, *id.* à Calais ; *Godard*, *id.* à Pontoise ; *Goyrand*, chirurgien à Aix ; *Grand-Claude*, médecin à Remiremont, *Goupil*, *id.* à Nemours ; *Kuhn*, *id.* à Niderbrown ; *Labesque*, *id.* à Agen ; *Lalo*, *id.* à Espalion ;

Lauth, chef des travaux anatomiques à Strasbourg; *Menon*, pharmacien à Tonneins; *Pallas*, médecin à Saint-Omer; *Pingeon*, *id.* à Dijon; *Poncet*, *id.* à Feurs; *Robert*, *id.* à Marseille; *Ribes*, *id.* à Montpellier; *Saucerotte*, *id.* à Lunéville; *Segond*, *id.* à Cayenne; *Serres*, *id.* à Montpellier; *Thevenot*, médecin à Rochefort; *Toulmouche*, *id.* à Rennes; *Villette*, *id.* à Compiègne.

Académie royale des Sciences.

Séance du 2 juin. — Traitement de la colique de plomb par la limonade sulfurique. — M. Gendrin adresse une lettre dans laquelle il expose quelques nouveaux faits tendant à prouver les effets préservatifs et curatifs de la limonade sulfurique dans le traitement de la colique de plomb. Il rapporte le fait suivant : M. Roard, directeur d'une fabrique de blanc de céruse, a soumis tous les ouvriers qu'il emploie à l'usage de la limonade sulfurique, et depuis ce moment la colique de plomb a disparu de son établissement. En deux mois, quatre ouvriers seulement ont ressenti de légères atteintes de colique, et encore, dit M. Gendrin, cette exception est-elle expliquée par des circonstances particulières à ces ouvriers, et qui eussent pu être évitées. Mais, ajoute-t-il, en même temps que ces résultats ont été constatés pour la colique, on a vu se développer sur six de ces ouvriers, parmi lesquels sont trois des précédens, des accident étrangers aux organes abdominaux, et qui n'avaient été jusqu'à présent considérés que comme des effets de la colique de plomb, tels que des crampes, de la faiblesse musculaire, ou des symptômes nerveux épileptiformes. Ces accidens, dit M. Gendrin, dépendaient d'une couche d'oxyde et de carbonate de plomb combinés avec l'épiderme. Cette observation, poursuit-il, rend raison de beaucoup d'accidens jusqu'ici difficilement explicables, et montre l'origine des récidives et des accidens qui survenaient si souvent après la guérison des coliques chez des ouvriers soumis habituellement à une grande intensité d'action des causes de la maladie. L'auteur avance que, soit que l'on considère l'acide sulfurique comme moyen curatif ou comme moyen préservatif, il faut l'administrer non-seulement à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur. Conformément à cette médication, les ouvriers de la fabrique de M. Roard, en même temps qu'ils prennent en boisson la limonade sulfurique, sont soumis à l'usage des lotions externes.

Blessures de tête et audition. — M. Larrey présente une pièce pathologique destinée à prouver la vérité d'une assertion relative au mode de guérison des blessures à la tête, consignée dans un de ses précédens mémoires. La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet

pensent que lorsqu'il y a eu déperdition de la substance du crâne, l'occlusion a lieu par une lame formée aux dépens du péricrâne et de la dure-mère qui se réunissent l'une à l'autre en s'ossifiant à ce point. M. Larrey a avancé, au contraire, que l'ouverture diminue par l'alongement de vaisseaux qui procèdent des bords même de l'ouverture ainsi formée. Dans la pièce qu'il présente, le rétrécissement de l'ouverture paraît s'être en effet opéré de cette manière, et le péricrâne ni la dure-mère ne présentent aucune trace d'ossification. L'occlusion n'a pas été complète, parce qu'une portion du fragment détaché était restée engagée dans l'ouverture. L'individu qui fait le sujet de cette observation a survécu vingt ans à sa blessure, et est mort d'une maladie aiguë tout-à-fait étrangère au premier accident.

M. Larrey rappelle que c'est sur cet individu qu'ont été faites les expériences qui tendent à prouver que lorsqu'il existe ainsi une ouverture au crâne, les sons peuvent être transmis autrement que par le conduit externe de l'oreille. En effet, lorsqu'on parlait à cet homme en approchant la bouche du point où existait la solution de continuité dans la boîte cérébrale, et après avoir eu le soin de lui boucher exactement les oreilles, il entendait fort bien ce qu'on lui disait. MM. Serres et Magendie ont été témoins de cette expérience. — M. Magendie dit à ce sujet que les résultats des essais faits en sa présence ne lui ont pas paru assez concluans pour qu'il puisse avoir une idée arrêtée sur la manière dont se faisait dans ce cas l'audition.

Séance du 16 juin.—ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES ; CIRCULATION DE LA LYMPHE. — L'Académie reçoit un mémoire *sur l'existence de quatre cœurs distincts ayant des pulsations régulières et liés avec le système nerveux dans certains animaux amphibies*; par Jean Mueller. Suivant le professeur allemand, dont le travail a été inséré dans les *Philosophical transactions*, 1833, et qui envoie son mémoire à l'Académie des sciences, certains amphibies, la grenouille, par exemple, sont pourvus d'*organes pulsatifs*, de cœurs, destinés à mettre en mouvement la lymphe. Ces cœurs sont au nombre de quatre ; deux postérieurs et deux antérieurs.

Les deux cœurs postérieurs, dans la grenouille, sont situés derrière l'articulation du fémur, dans la région sciatique. Leurs contractions régulières peuvent être vues à travers la peau, mais plus distinctement encore quand cette membrane est enlevée. Ces cœurs sont placés immédiatement au-dessous du derme. L'artère et la veine sciatique, les plus gros vaisseaux de la cuisse, passent immédiatement sous le cœur, mais le mouvement du sang dans ces vaisseaux n'a point d'action sur lui. Les contractions de ces deux cœurs lymphatiques ne sont pas synchroniques avec celles du cœur sanguin ni avec les mouvemens des poumons, car elles persistent après l'enlèvement du cœur sanguin, et même après qu'on a démembré l'animal. Les

sont presqu'cnqu'enièrement terminées, on a signalé quelques leçons cliniques très-faibles, la plupart ont été remarquables et quelques-unes extrêmement brillantes. Nous pourrons sans doute dans le prochain Numéro donner le résultat de ce concours.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie pathologique; par J. F. Lobstein. *Tome II. Paris et Strasbourg. Levrault*, 1833. *In*-8.°, 356 *pp.*

Nous avons à nous excuser du retard que nous avons mis à annoncer cet ouvrage, et près de l'auteur, dont le talent mérite toute sorte d'empressement à faire connaître ses œuvres, et près des lecteurs des *Archives*, à qui nous aurions fait un véritable dommage, si, par l'effet de notre silence, ils avaient ignoré la publication d'un ouvrage aussi important que celui-ci. Ce serait un soin bien superflu que de s'arrêter à exposer les avantages de l'anatomie pathologique, et à proclamer l'utilité d'un livre destiné à présenter l'ensemble des résultats obtenus jusqu'à ce jour de l'étude des maladies faite sur le cadavre. L'importance bien sentie et bien comprise d'un pareil ouvrage, en fit naître trois à-la-fois en France, il y a peu d'années. De ces trois ouvrages, l'un (celui de M. Andral) était moins un traité d'anatomie pathologique qu'une physiologie pathogénique dont les principes étaient puisés à une autre source, et qui venait seulement invoquer à leur appui les documens fournis par les recherches nécroscopiques. Le second (celui de M. Ribes, aujourd'hui professeur à Montpellier), n'était qu'une critique verbeuse des études mêmes dont il empruntait le nom, pour attirer des chalans par l'appât d'un titre alors en faveur. Le troisième, qui est celui dont nous annonçons le second volume, répondait seul à l'idée qu'on doit se faire d'un traité d'anatomie pathologique.

L'étude des maladies sur le cadavre n'est point, tant s'en faut, une pathologie toute entière; ainsi l'anatomie pathologique ne doit point prétendre à dominer la médecine-pratique, et à lui imposer ses méthodes. Mais si elle laisse à la pathologie *vivante* toute son indépendance, elle a droit aussi à conserver la sienne. Elle aura ses procédés à elle, sa méthode d'étude et sa méthode d'exposition, et l'on ne sera point autorisé à venir lui dire que ces méthodes ne sont pas celles qu'on suit avec raison dans d'autres sciences; et l'on n'aura rien prouvé contre elle quand on aura montré qu'elle ne conduit par elle-même, et quand elle se sépare de toute autre étude, qu'à une connaissance incomplète des maladies, qu'à des notions fausses de l'état morbide antérieur des êtres dont elle étudie les débris, car elle montre-

raît qu'il n'y a dans tous ces mécomptes qu'erreur de la part de ceux qui ont voulu tirer d'elle plus qu'elle ne promet et ne peut tenir.

L'anatomie pathologique proprement dite étudie toutes les altérations apercevables que le corps peut présenter, d'abord en elles-mêmes, puis dans leurs rapports réciproques, et enfin dans leurs rapports avec les phénomènes qui ont précédé la mort, et avec les phénomènes les plus généraux de la maladie, de la santé et de la vie.

En considérant dans leur ensemble toutes ces altérations, on en voit un certain nombre se reproduire, toujours les mêmes, quel que soit l'organe dans lequel elles siégent, et conserver leurs caractères au milieu des combinaisons dans lesquelles elles peuvent se trouver confondues avec toutes les autres. Ce sont les *élémens* pathologiques dévoilés par *l'analyse* du scalpel. Leur histoire, considérée d'une manière générale, et abstraction faite de toutes les particularités de siége, de marche, etc., que ces altérations empruntent des circonstances dans lesquelles elles se développent, constitue l'anatomie pathologique générale. C'est à cette anatomie générale que M. Lobstein a consacré le premier volume tout entier de son ouvrage. On y trouve, après les prolégomènes, l'histoire générale, 1.° des changemens de forme et de volume des parties; 2.° des changemens de position et de connexion; 3.° de la raréfaction des tissus; 4.° du développement accidentel des tissus nouveaux analogues aux tissus primitifs; 5.° des substances étrangères à l'organisation, accidentellement formées dans le tissu des parties; 6.° des produits morbides sans connexion organique avec les tissus naturels; et le volume est terminé par des considérations générales sur la pathogénie des maladies organiques, sur leurs terminaisons et sur la manière dont elles déterminent la mort.

Le tome II.° commence l'étude de l'anatomie pathologique spéciale. Celle-ci doit se diviser en deux parties, l'une consacrée à l'histoire des maladies considérées dans chacun des *systèmes* organiques; l'autre à celle des maladies dans chaque *appareil*. Un appendice donnera l'anatomie pathologique du fœtus. Le volume actuel renferme l'anatomie pathologique des systèmes cellulaire, osseux, cartilagineux, ligamenteux (et de l'appareil articulaire) musculaire, et la plus grande partie de celle des systèmes artériel et veineux. (Une grande partie de l'appareil circulatoire.)

L'auteur étudie dans chacun de ces systèmes toutes les lésions dont ils peuvent être atteints. Sur celles qui ne sont pas d'une grande rareté, il trouve dans sa longue et riche pratique presque tous les matériaux dont il a besoin pour en faire connaître les diverses formes; sur celles dont on ne possède qu'un petit nombre d'exemples, son érudition lui indique avec sûreté la plupart des sources où l'on peut les puiser.

Il serait impossible, dans une courte notice de Journal, je ne dirai pas d'exposer, mais seulement d'indiquer cette multitude d'objets dont il est traité dans le second volume de M. Lobstein, et pourtant ce serait faire tort à l'ouvrage que de n'en pas signaler quelques-uns à l'attention des lecteurs. Nous choisissons la longue section relative aux maladies du système osseux. Nous dirons en général sur cette section, que l'anatomie pathologique des os y est traitée d'une manière infiniment plus complète que dans aucun autre ouvrage français, et, sur bien des points, d'une manière beaucoup plus approfondie. En ce qui concerne la carie, par exemple, l'histoire que donne l'auteur des formes bien distinctes sous lesquelles elle se présente (histoire basée sur des faits positifs qu'il rapporte, et des préparations, un examen que tout le monde peut répéter), donne la clef des dissidences qui existent entre les divers écrits qui ont paru sur cette matière et dans les opinions des chirurgiens d'à-présent; elle prouve d'ailleurs qu'il a été bien plus aisé, dans beaucoup d'ouvrages modernes, d'effacer d'un trait de plume tout ce qui se rapportait aux *espèces* diverses de carie, sous prétexte de supprimer des divisions inutiles, qu'il n'eût été facile de démontrer l'identité de cette affection avec elle-même dans tous les cas où elle peut se présenter. Elle met fin, par exemple, non par un artifice de logique, à la manière des éclectiques, mais par le rapprochement des faits, à la discussion agitée dans ces derniers temps, entre Delpech et ses disciples, qui voulaient que la maladie de Pott fût toujours une affection tuberculeuse de la colonne vortébrale, et ceux qui soutenaient que c'était une érosion des os de cette colonne; l'une et l'autre de ces opinions sont vraies selon les cas; et M. Lobstein ne se borne pas à l'établir comme un fait, il donnerait au besoin les moyens de déterminer à quel genre se rapporterait tel ou tel exemple qu'on aurait sous les yeux.

Nous recommandons vivement *l'Anatomie pathologique* de M. Lobstein, comme un des ouvrages de notre époque dans lequel il y a le plus à apprendre.

Traité d'anatomie topographique, ou Anatomie des régions du corps humain, considérée dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine-opératoire; par Fréd. Blandin. 2.ᵉ *édition.* Un vol. in-8.° et atlas in-fol. de 20 planches. Prix, 23 fr. fig. noires, et 40 fr. fig. coloriées. A Paris, chez Germer-Baillière.

L'impulsion donnée à la chirurgie dans le siècle dernier, par les travaux de l'ancienne Académie royale, fut pour l'anatomie l'époque d'une heureuse révolution. On reconnut mieux le besoin d'étudier la structure de l'homme pour en observer convenablement les maladies

et en rechercher avec fruit le traitement rationnel. Desault le comprit un des premiers : il décrivit dans ce but avec un soin minutieux les formes et les connexions des organes ; il introduisit dans la science un langage sévère et précis qui forme aujourd'hui le caractère dominant de son école. Bichat parut plus tard, doué de ce même esprit d'application. Il créa l'anatomie générale, et montra, dans son immortel ouvrage, tous les services que cette étude pouvait désormais rendre à la pathologie. Delà date l'essor qu'a pris la chirurgie moderne, et le vif éclat dont elle a brillé depuis. Cependant ce champ où avaient déjà moissonné Desault et Bichat ne devait pas être stérile pour les successeurs de ces deux hommes de génie. On reconnut bientôt qu'après avoir étudié les organes en les groupant suivant leurs affinités de texture ou de fonctions, il restait encore à les analyser, en quelque sorte, sur place, et d'après l'ordre où la nature les a placés dans les diverses localités. Telle fut l'origine de l'anatomie topographique, déjà entrevue depuis long-temps, il est vrai, mais appartenant en réalité à l'époque actuelle, par la manière large dont elle a été envisagée et les services qu'elle a rendus. Préparée par les savantes recherches de divers chirurgiens, sur l'aine, le périnée, le cou, elle doit surtout aux professeurs Roux et Béclard d'avoir été généralisée et répandue dans l'enseignement. Depuis lors son importance a été si vivement sentie, que déjà elle s'est enrichie de nombreux travaux et d'ouvrages importans.

Je n'ai point à examiner en détail celui de M. Blandin, puisqu'il a déjà subi l'épreuve de la publicité : je ferai seulement remarquer que, dans la limitation des diverses régions, il se présentait deux écueils à éviter ; il fallait en effet craindre de trop subdiviser ou de ne pas diviser assez. Dans le premier cas on s'exposait à d'inutiles redites ; dans le second on ne pouvait embrasser tous les détails. M. Blandin les a heureusement évités en adoptant le plus possible pour base de sa division les limites naturelles établies entre les sections, soit par des reliefs osseux, soit par des différences tranchées dans la structure. Quant à la description des régions en particulier, elle a été tracée d'après un plan assez vaste pour n'omettre aucun fait. M. Blandin, considérant chaque région comme un organe, en étudie d'abord la forme et les élémens, puis il indique les rapports de ces derniers par ordre de superposition, il examine le développement et les variétés de la région elle-même, et présente enfin comme corollaire les considérations pathologiques et opératoires qui peuvent s'y rattacher.

Le plan et les principaux détails de cette seconde édition n'ont subi aucun changement : l'auteur a seulement mis à profit les progrès de la science. La pathologie du système veineux et la phlébite en particulier, dont l'importance n'a été bien appréciée que depuis peu d'années, ont dirigé l'attention des observateurs sur cette partie de l'appa-

reil vasculaire. M. Bérard aîné a signalé la cause qui rend la pénétration de l'air si facile dans les veines du cou lorsqu'elles sont divisées : M. Lenoir, étudiant le plexus veineux vésico-prostatique, a expliqué la manière dont surviennent les phlébites à la suite de la cystotomie périnéale, etc.....

La région de l'aine, sujet éternel de l'attention des chirurgiens, doit à M. Manec d'intéressantes recherches sur le canal et l'anneau crural : le premier, en effet, cet anatomiste a distingué le canal fibreux qui loge les vaisseaux fémoraux de l'ouverture qui livre passage aux viscères formant la hernie crurale. Je regrette que M. Blandin n'ait pas adopté cette manière de voir, et qu'il ait conservé la description du canal crural avec ses faces, ses bords, ses angles et ses orifices. Je lui accorde volontiers que des hernies puissent avoir lieu au-devant ou au-dehors des vaisseaux cruraux, bien rarement, il est vrai, puisque le fait observé par M. J. Cloquet est peut-être le seul qu'on puisse en citer pour preuve; mais je n'en persiste pas moins à regarder la distinction établie par M. Manec comme vraie et de nature à éclairer beaucoup l'histoire anatomique de la hernie fémorale.

Le périnée, dans cette édition comme dans la première, a été décrit avec une exactitude qui ne laisse rien à désirer; on voit que M. Blandin a de la prédilection pour l'étude de cette importante région. C'est du reste à ses soins qu'est due la connaissance plus exacte de plusieurs parties du périnée, et notamment de l'aponévrose périnéale inférieure.

La partie de l'ouvrage relative aux déductions pathologiques et opératoires, est, sans contredit, celle à laquelle il a été le plus ajouté : on le conçoit, puisque de nouveaux faits viennent chaque jour s'ajouter à ceux que possède la science. Je n'indiquerai que les plus saillans : un procédé de rhinoplastie propre à l'auteur; des remarques sur les plaies du larynx, sur l'opération de la taille, sur les calculs urétro-vésicaux étranglés en gourde à leur partie moyenne, et très-difficile à extraire ; des observations sur les rétrécissemens de l'urètre et le cathétérisme, etc. On peut dire que tous les progrès récens de la chirurgie ont été rapidement examinés et appréciés à leur juste valeur.

Enfin l'atlas s'est enrichi de huit planches nouvelles, toutes en général d'une grande fidélité; j'en excepte toutefois la cinquième, destinée à montrer la partie antérieure du canal inguinal et crural, qu'il eût fallu rajeûnir d'après de nouvelles dissections.

ROBERT, *agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien du Bureau central des hôpitaux.*

De l'insuffisance des valvules aortiques ; par P. Aristide Guyot de la Guerche. *Thèse.* Paris, 1834, N.° 163. — 31 pages in-4.°

Essai sur la paralysie de plomb ou saturnine ; par L. Tanquerel des Planches. *Thèse.* Paris, 1834. — 165 pages in-4.°

Ces thèses, dont les auteurs se sont inspirés à la clinique de M. le docteur Rayer, sont un témoignage éclatant de tout le bien que peut faire à la science un médecin éclairé et plein de zèle à la tête d'un service d'hôpital. Les hôpitaux ne doivent pas être seulement un asyle pour les pauvres malades, mais encore un lieu d'études, une source d'instruction pour la jeunesse médicale. C'est aux médecins de ces établissemens d'exploiter une mine si féconde et de porter les jeunes gens qui sont attachés à leur service, à des travaux qu'ils n'ont pas le temps d'entreprendre eux-mêmes.

I. La thèse de M. Guyot est le premier travail qui ait été fait en France sur une maladie qui semble n'être pas très-rare et qui est digne de toute l'attention des pathologistes. C'est en 1832 que parut, dans l'*Edinb. med. and surg. Journal* (1), le mémoire du docteur Corrigan sur *l'insuffisance des valvules de l'aorte.* Ce médecin décrivit cette maladie nouvellement étudiée, d'après onze cas observés par lui, et donna des détails précieux tant sur le diagnostic que sur le traitement de cette affection. Cependant, quelque exactitude qu'il ait mise dans sa description, elle ne fut pas à l'abri de toute critique. Un professeur distingué, le docteur Graves, de Dublin, prétendit avoir retrouvé tous les symptômes indiqués par le docteur Corrigan chez un malade qui, à l'autopsie, n'offrit point la lésion décrite par ce médecin. Il en conclut que le docteur Corrigan s'était peut-être trop hâté d'établir la certitude des signes physiques qui lui avaient semblé intimement liés à cette altération (2).

M. Guyot, par sa thèse, a décidé la question tout-à-fait en faveur du docteur Corrigan ; mais il a fait plus : sa description est beaucoup plus précise et plus complète que celle du médecin anglais; il a tracé surtout avec soin les véritables caractères des signes diagnostiques.

Après avoir énuméré les causes du défaut d'application exacte des valvules sigmoïdes aortiques, qui sont au nombre de quatre : transformation fibro-cartilagineuse, cartilagineuse, osseuse ou pétrée de la totalité des valvules; destruction partielle du bord libre ou des faces de ces valvules qui deviennent ainsi réticulaires; rupture d'une ou plusieurs valvules; dilatation de l'aorte qui s'étendrait jusqu'à son orifice et rendrait les valvules réellement insuffisantes, M. Guyot fait une distinction importante.

(1) Voyez *Archives*, décembre 1832.

(2) Voyez *Archives*, décembre 1833, p. 616.

Il existe des cas où les valvules sont tellement imprégnées de sucs calcaires, qu'elles ne peuvent plus s'élever lors de la systole, et forment un plancher immobile, au centre duquel il n'existe qu'une étroite fissure à travers laquelle le sang peut s'échapper. Ce n'est point dans ces cas que l'on rencontre les phénomènes signalés par M. Corrigan. Ces phénomènes se retrouvent au contraire dans tous ceux où les valvules aortiques, permettant aussi le reflux pendant la diastole, se relèvent jusqu'à un certain point contre les parois aortiques, lorsque la systole ventriculaire s'opère, et offrent ainsi une libre voie au sang. Telles sont les conditions anatomiques de la maladie qui fait l'objet de cette thèse.

M. Guyot rapporte quatre observations nouvelles, recueillies dans le service de M. Rayer, et où les symptômes de la maladie sont exposés avec une clarté peu commune; ensuite il extrait de différens auteurs quelques faits qui lui semblent analogues, et résume ainsi les principaux phénomènes de la maladie.

1° Absence du bruit clair ou supérieur du cœur et son remplacement par un bruit de soufflet très-sensible au cœur lui-même, dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières.

2° Pulsations visibles des artères du cou, de la tête et des membres supérieurs.

3° Pouls fort, fréquent et vibrant. Ces trois phénomènes, quand ils se trouvent réunis, sont caractéristiques de la lésion qui nous occupe.

Ici se trouve une discussion approfondie sur la valeur et sur les véritables caractères de ces signes. Ce passage, où tout s'enchaîne et qui est par conséquent peu susceptible d'analyse, se fait remarquer par la clarté qu'il répand sur un sujet si obscur par lui-même. M. Guyot y indique la cause probable du bruit de soufflet et les moyens de le distinguer de tout bruit de soufflet provenant d'une autre cause. Il explique la pulsation visible des artères par l'énergique contraction du cœur, et la fréquence du pouls par la nécessité où est le cœur de se débarrasser promptement du sang qui y afflue par deux voies opposées, etc. La partie qui traite du diagnostic différentiel est beaucoup plus satisfaisante dans la thèse de M. Guyot que dans le mémoire, d'ailleurs très-remarquable, du docteur Corrigan, et répond à merveille aux objections du professeur Graves.

Une des choses les plus importantes dans l'histoire de cette maladie, c'est son traitement. La saignée, la digitale et les moyens débilitans, qui, au premier abord, semblent indiqués par les symptômes, sont funestes au malade. Sous ce rapport, M. Guyot se range tout-à-fait de l'avis du docteur Corrigan. Combattre l'hypertrophie salutaire du cœur, affaiblir l'énergie de ses contractions, diminuer le nombre de ses pulsations, ce serait faciliter le reflux du sang, ce serait hâter la

mort du malade. Il y a cependant un certain nombre de cas où l'on devrait se départir de ce précepte rigoureux ; ce sont ceux d'une phlegmasie aiguë qui menacerait les jours du malade ; mais, dans ce cas, il faut renoncer le plus vite possible aux saignées.

Il est encore, dit M. Corrigan, une circonstance où les émissions sanguines peuvent être nécessaires : c'est lorsque, sans causes suffisantes, il se manifeste des serremens de poitrine, une action tumultueuse du cœur, qui paraissent dépendre de la surabondance du sang, d'une véritable pléthore. A part ces cas et quelques autres, qui n'échapperont pas à la sagacité du praticien, il est de précepte de ne pas saigner.

Les soins les plus avantageux, seront ceux qui, en fortifiant la constitution générale, donneront un degré proportionné de vigueur au cœur, et le mettront en état d'entretenir convenablement la circulation.

Je ne terminerai point ce résumé sans féliciter M. Guyot, et sur le choix de son sujet, et sur la manière éclairée dont il l'a traité ; et, comme les *Archives* ne possèdent encore aucun fait de la maladie qu'il a décrite, je vais extraire de sa thèse l'observation suivante qui en offre un exemple extrêmement remarquable.

Observation d'insuffisance des valvules aortiques. — Jean-Louis Cordier, serrurier, âgé de 52 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 31 juin 1833, et fut couché salle Saint-Michel, service de M. Rayer. Cet homme, d'une constitution grêle, irritable, sujet depuis un grand nombre d'années à un flux hémorrhoïdal mensuel, reçut, en 1829, à la partie antérieure et inférieure de la poitrine un coup violent de timon de voiture. C'est à cette époque que le malade fait remonter une oppression légère inhabituée et qui augmentait lorsqu'il faisait un effort extraordinaire. Vers 1832, des palpitations se joignirent à l'oppression, qui avait acquis plus d'intensité, et revenait par accès. Cordier n'avait cependant point discontinué ses travaux ; ce n'est que six mois avant son entrée à l'hôpital que la violence des accidens le força à l'inaction ; ses membres étaient alors infiltrés. Les décoctions de racine d'asperge, de chiendent nitré furent opposées avec quelque succès à l'œdematie. Deux saignées ne procurèrent aucun soulagement. — Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, son état général était le suivant : bouffissure de la face, surtout du côté droit ; point de couleur violacée des lèvres ; légère infiltration de la face dorsale des mains ; œdème considérable de la partie inférieure des membres abdominaux ; décubitus dorsal impossible ; oppression, état d'étouffement habituel, augmentant par accès et empêchant souvent le malade de dormir ; bonne sonoréité de la poitrine, excepté à la région précordiale ; respiration pure et forte, surtout à la partie postérieure ; toux légère ; expectoration médiocrement abondante de crachats épais,

jaunâtres, muqueux. — La région précordiale percutée rend un son mat surtout à sa partie inférieure; les battemens du cœur sont sensibles à l'œil. L'application du cylindre fait apprécier les phénomènes suivans : impulsion forte ; premier bruit du cœur, bruit ventriculaire correspondant au pouls, sourd et peu prolongé. Absence du deuxième bruit, du bruit clair, remplacé par un bruit de soufflet très-fort, qui, partant de la base du cœur, s'élève le long du sternum vers l'extrémité supérieure duquel il se renforce. En écoutant avec attention vers la partie inférieure du sternum, on entend un double bruit de soufflet ; l'un paraissait isochrône au pouls, l'autre lui succédait ; les carotides, les sous-clavières sont agitées de mouvemens brusques pulsatifs, très-visibles à l'œil, isochrônes aux battemens du cœur, et présentent en outre un bruissement très-remarquable lorsqu'on y applique légèrement le doigt ; l'oreille y perçoit aussi un bruit de soufflet très-notable. Si le malade élève les membres thoraciques, la peau est violemment soulevée dans le trajet des artères brachiales, cubitales et radiales, dont les flexuosités sont remarquablement augmentées. Les pulsations sont moins énergiques lorsque les membres pendent le long du tronc ; le pouls est large, fort, vibrant et bat 89 fois par minute. Les battemens des artères des membres abdominaux n'étaient sensibles qu'à la partie supérieure des cuisses, et le bruit de soufflet qu'on y entendait, produit peut-être par la pression du cylindre, était isochrône au pouls. Le quatrième espace intercostal droit, à un pouce du sternum, présentait une pulsation très-circonscrite, de l'étendue d'un travers de doigt, et un bruit de soufflet très-marqué; il n'était guère possible de croire à une dilatation anévrysmale de l'aorte qui y rampe ; ces branches sont trop peu volumineuses, la pulsation trop intense, trop circonscrite pour qu'on pût s'arrêter à ce diagnostic. M. Rayer pensa que l'aorte présentait un anévrysme latéral, en forme de cul-de-sac, dont le fond se trouvait au niveau de l'espace qui sépare la quatrième de la cinquième côte droite : il était impossible de diagnostiquer avec plus de sagacité, comme on le verra par l'autopsie . . . .

. . . .

. . . .

L'énergie du cœur était diminuée, le pouls devint plus faible, un peu irrégulier ; enfin Cordier succomba après une courte agonie, le 14 septembre 1833.

Autopsie, 26 *heures après la mort*. — Peu de rigidité. Infiltration séreuse des membres abdominaux, notamment à leur partie inférieure ; le péricarde ne contient qu'une très-petite quantité de sérosité. Le cœur est d'un volume considérable ; cet accroissement dépend presque entièrement du ventricule gauche, dont la cavité est aggrandie en même temps que ses parois, hypertrophiées, ont acquis près de

douze lignes d'épaisseur ; les valvules auriculo-ventriculaires gauche et droite sont saines. La partie droite de l'aorte, à un pouce au-dessus de son insertion au cœur, présente une poche en forme de doigt de gant, de la grosseur du pouce et de quatorze lignes de longueur ; le fond de cette poche est adhérent à la face interne du feuillet réfléchi du péricarde. Si l'on verse de l'eau dans l'aorte, elle pénètre dans le ventricule gauche ; les valvules sigmoïdes laissent entre elles un écartement triangulaire dont la base a huit lignes de longueur et qui va en se rétrécissant graduellement jusqu'au sommet ; et si l'on calcule l'aire du triangle, en multipliant sa base par la moitié de sa hauteur (à-peu-près quatre lignes), on aura une ouverture de trente-deux lignes carrées, par laquelle le sang pouvait refluer dans le cœur pendant la vie. Ces valvules sont épaissies, leurs bords droits, le tubercule d'Arantius éffacé ; elles sont transformées en un tissu ferme, élastique, très-analogue au cartilage. Si l'on introduit le doigt dans l'aorte par le ventricule, on peut, sans effort, relever les valvules, qui alors laissent entre elles un écartement qui, pendant la vie, ne pouvait aucunement porter obstacle à la projection du sang. Au-dessus de la valvule sigmoïde droite, l'aorte présente une ouverture parfaitement circulaire de quatre lignes de diamètre, et qui communique avec la petite poche signalée plus haut ; la membrane externe de l'artère parait seule en former les parois . . . . Les brachiales, cubitales et radiales, sont remarquablement flexueuses . . . . Les autres organes n'ont pas présenté d'altération bien notable. »

II.—La thèse de M. Tanquerel n'est pas moins intéressante que celle de M. Guyot. Il y a toutefois cette différence entre elles, que dans l'une le style est bref, concis, tandis que dans l'autre il est un peu diffus. M. Guyot nous instruit beaucoup avec peu de paroles ; M. Tanquerel épuise chaque subdivision de son sujet. Cependant, il serait injuste de lui faire un reproche trop vif de quelques longueurs que l'on peut signaler dans sa thèse ; c'est un travail consciencieux, nouveau sous beaucoup de rapports, et qui a dû lui coûter beaucoup de recherches et de persévérance.

M. Tanquerel distingue deux espèces de paralysies produites par le plomb, *la paralysie musculaire*, ou *paralysie saturnine proprement dite*, et l'*anesthésie saturnine*. La première consiste dans la paralysie du mouvement et quelquefois de la sensibilité, de parties qui sont douées tout à la fois du sentiment et du mouvement, c'est-à-dire appartenant au système musculaire. Les seuls organes musculaires qu'on ait vus affectés de cette paralysie jusqu'à présent, sont : *les membres supérieurs et inférieurs*, *les muscles de l'appareil vocal*, *les muscles intercostaux*, *pectoraux*, *grand dorsal et sterno-cléïdo-mastoïdien*. La seconde a lieu lorsque le poison saturnin a porté son action délétère

si l'on avait voulu distraire quelques parties de leur position naturelle en les inclinant de côté; mais cette manière de représenter les objets anatomiques est avec raison reconnue comme vicieuse, et nous félicitons l'auteur d'avoir suivi la méthode des Albinus et des Sœmmerring : de cette manière, tous les objets sont à leur place réelle, tous sont représentés avec exactitude, et chaque planche servant de complément aux autres, l'ouvrage aurait été incomplet s'il y avait eu une planche de moins. Nous supposons que c'est à dessein que les ombres des dessins sont peu foncées : si les cavités paraissent ainsi un peu moins creusées qu'elles ne devraient l'être réellement, ce léger inconvénient, qui n'en est pas un pour les hommes du métier, est amplement compensé par la faculté que l'on a eue de représenter avec netteté dans la profondeur des objets si délicats. L'exécution lithographique de cet ouvrage, qui a sa place marquée dans toutes les bibliothèques anatomiques, ne laisse rien à désirer,

E. A. LAUTH.

Nouveau Formulaire pratique des hôpitaux, ou choix de formules des hôpitaux civils et militaires de France, d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie, etc.; par MM. MILNE EDWARDS et P. VAVASSEUR. *2.e édition, augmentée d'une notice statistique sur les hôpitaux de Paris.* — Paris, 1834. Petit in-12.

En janvier 1832, nous avons annoncé la première édition de ce petit ouvrage, et nous lui avons donné des éloges qu'il méritait à tous égards. Notre jugement a été confirmé par l'empressement du public médical. En effet, il s'est à peine écoulé dix-huit mois depuis l'apparition du Formulaire de MM. Edwards et Vavasseur, et déjà une nouvelle édition est devenue nécessaire. Les auteurs ont conservé l'ordre qu'ils avaient adopté (voy. *Archives*, T. XXVIII, p. 156); mais ils ont revu leur travail avec soin, ont éliminé un grand nombre de formules trop compliquées ou d'une composition peu heureuse, et les ont remplacées par d'autres qu'ils ont choisies dans les cliniques des hôpitaux et dans les ouvrages récemment publiés. On voit qu'ils ont perfectionné leur ouvrage et qu'ils ont fait de louables efforts pour le mettre au niveau de la science. Ils ont fait en outre une addition importante; c'est une notice statistique sur les hôpitaux de Paris. Cette notice n'est guère susceptible d'analyse; qu'il nous suffise de dire qu'on y trouve la liste exacte de tous les hôpitaux, le nom des médecins et chirurgiens, les maladies qu'on y traite, les opérations qu'on y pratique, les heures des visites et consultations, enfin une foule de renseignemens précieux pour les étudians et même pour les médecins.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1834.

Considérations et observations sur l'hydropisie symptômatique d'une lésion spéciale des reins ; Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine, par J. C. Sabatier, *D. M. P., ancien interne des hôpitaux civils, chirurgien du cinquième dispensaire, etc.*

L'anatomie pathologique a, comme on sait, conduit les observateurs à restreindre singulièrement le nombre des hydropisies essentielles. Elle a fait voir que, presque toujours, sans parler des cas où ils sont le résultat de l'inflammation des membranes séreuses, les épanchemens dans les cavités que tapissent celles-ci étaient, de même que les infiltrations du tissu cellulaire, déterminés par un obstacle plus ou moins direct au libre cours du sang veineux. Ainsi, pour la grande majorité des cas, les hydropisies générales ou partielles ont revêtu un caractère purement symptômatique, servant à conduire le praticien par la voie des lésions organiques qui ont pu les déterminer. Les maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'engorgement, l'hypertrophie, la dégénérescence d'un viscère ou d'un organe dans lequel ou par lequel la circulation veineuse est gênée ou interrompue, l'oblitération d'une veine principale par suite d'une inflammation et par le fait de la présence de caillots sanguins organisés dans son intérieur,

telles sont les lésions les plus ordinaires et les plus connues capables de déterminer l'œdème, l'ascite ou l'anasarque.

Mais il est encore des cas d'hydropisies ou d'infiltrations séreuses dont la production, n'étant plus sous la dépendance des seules lois de la mécanique, échappent en conséquence à une explication facile, et qui, existant comme élémens plutôt que comme symptômes accessoires dans la composition de certaines maladies, rentrent par cela même dans l'obscurité où s'enveloppent pour nous la plupart des affections morbides. Toutefois les progrès de l'observation peuvent conduire un jour à mieux apprécier les rapports de cause à effet existant à l'égard des phénomènes dont il est question ici, et la preuve, c'est que le nombre des hydropisies dites essentielles, si restreint qu'il ait été rendu dans ces derniers temps par les pathologistes, doit l'être davantage encore depuis que les travaux de plusieurs médecins anglais ont signalé comme dépendant uniquement d'une maladie des reins, des œdèmes, ou des hydropisies qu'on regardait auparavant comme idiopathiques, faute d'avoir porté une attention assez sérieuse sur ce point, et pour avoir passé légèrement sur quelques indications très-vagues, il est vrai, fournies à ce sujet par d'anciens auteurs (1).

Wells, en 1812, fut le premier qui, dans les mémoires insérés dans les *Transactions d'une Société médicale*, démontra d'une manière assez précise le rapport qui existait entre certaines hydropisies et l'état albumineux des urines rendues par les malades, mais il ne spécifia point l'altération des reins. Ce fut M. Bright (2), médecin de l'hôpital

(1) Fernel, *Pathologia*, liv. 3, chap. 13. — Van-Helmont, *Hortus medicinæ*, page 509, Amsterd., 1648. — Bonet, *Sepulchret.*, liv. 3; sect. 21, obs. 8. — Schenk, *Obs. med.*, ch. 177, obs. 866. — Chapotain, *Topog. méd. de l'Ile de France*, 1812; thèse. — Wells, *Transact. d'une Soc. de Médecine*, 3.e vol. 1812.

(2) Richard Bright, *Choix d'observ. méd.*; *Reports of medical*, etc. Lond. 1827.

de Guy, et après lui MM. Gregory et Christison (1), professeurs à Edimbourg, qui sans donner une histoire complète de cette maladie, signalèrent et décrivirent l'altération particulière des reins, et l'indiquèrent comme cause déterminante d'une hydropisie, tantôt partielle, tantôt et le plus souvent générale.

Ces recherches, assez peu connues en France, il y a quelques années, ont été poursuivies et continuées à partir de 1831, à l'hôpital de la Charité, par M. le docteur Rayer, dans le service duquel nous remplissions alors les fonctions d'interne. Depuis ce temps un assez grand nombre de faits recueillis tant dans les salles de cet habile observateur que dans les services voisins, vinrent confirmer plusieurs des assertions de M. Bright, savoir, que beaucoup d'hydropisies ne reconnaissaient d'autre cause qu'une affection morbide des reins qui, pendant la vie, était démontrée par la présence de l'albumine dans les urines, et après la mort par une altération souvent très-profonde et toujours très-manifeste de ces organes.

Je ne veux point ici faire l'histoire de l'hydropisie symptômatique de l'affection des reins; en premier lieu, parce que je serais obligé de répéter ce que d'autres ont écrit déjà. Et puis d'ailleurs, quoiqu'on ait déjà recueilli beaucoup de faits, il manque un assez grand nombre de matériaux pour que cette histoire soit complète. M. Tissot, de Lyon (2), a, dans une thèse fort bien faite soutenue l'année dernière à la Faculté, résumé la plupart des recherches des auteurs anglais, et donné les résultats de toutes les observations faites à la Charité. Je me contenterai donc d'esquisser à grands traits les principaux caractères de cette maladie, qui n'a pas encore reçue un nom propre à la caractériser, et qu'on appelle *maladie de Bright*, tant pour éviter

(1) Christison, *Edinburgh medical Journal*, octobre 1829.
(2) Tissot (Edouard), Thèse, in-4.°, N.° 223. 1833. Paris.

une périphrase que pour rappeler qu'au médecin de ce nom appartient l'honneur de l'avoir le premier bien décrite. J'indiquerai les points sur lesquels les recherches ne sont pas assez avancées, et qu'il serait utile d'éclaircir par des recherches nouvelles, et dans ce but je rapporterai quelques observations relatives à cette maladie.

Avant d'entrer dans ce sujet, je demanderai qu'il me soit permis de placer ici, comme exemple assez rare, l'observation d'un œdème partiel déterminé par une cause étrangère à toutes celles que nous avons signalées. A ce titre, cette observation se rattache aux considérations générales qui ont été présentées au commencement de notre travail.

Œdème du membre inférieur gauche déterminé par une tumeur fécale comprimant la veine hypogastrique ou iliaque gauche. Guérison de l'œdème après la disparition de la tumeur opérée par les purgatifs. — Fremy, âgé de 27 ans, tailleur, entre le 7 janvier à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel. Cet homme n'a jamais eu de maladie grave, jamais d'enflure aux jambes. Il rapporte qu'ayant depuis trois semaines contracté la gale, il a été admis à l'hôpital Saint-Louis, où il est resté jusqu'à présent. Depuis son entrée à Saint-Louis, il éprouvait du malaise et du dégoût. Le 1.er janvier, cet homme, pendant quelques heures, ressentit du froid, la salle n'ayant jamais été chauffée. Le lendemain, un peu d'œdème se manifesta au pied gauche. Cet œdème augmenta les jours suivans. Le malade fut néanmoins renvoyé de l'hôpital, sa gale étant guérie. Il resta chez lui trois jours, mais le gonflement du membre augmentant, il se rendit et fut admis à la Charité. Examen : apparence de bonne constitution ; cœur, poumons à l'état naturel ; ventre indolent ; seulement, à la percussion, tout le côté gauche du bas-ventre, presque jusqu'au niveau de l'ombilic, donne un son complètement mat. La même région du côté opposé donne un son clair. Les urines, examinées par les réactifs, sont à l'état naturel.

Le pied, la jambe, le genou, et le tiers inférieur de la cuisse gauche sont notablement œdématiés. Rien de semblable du côté droit; absence de fièvre. Le malade dit aller assez bien à la garde-robe. (Chiendent, demi-potion d'alimens.) Le 9 janvier, même état; mêmes signes fournis par la percussion du ventre. Au toucher on éprouve de la dureté et une certaine résistance dans cette région. On attend un jour encore. Le 11, l'œdème, s'il n'a pas augmenté, est au moins resté complètement stationnaire. Le malade n'allant que médiocrement à la selle, la conviction étant acquise qu'aucune des veines du membre inférieur gauche n'était ni dure, ni tendue, ni douloureuse, l'œdème fut rapporté à la pression que pouvait exercer sur la veine hypogastrique ou le commencement de l'iliaque, un amas de matières fécales, dures, accumulées dans un ou plusieurs points de l'intestin. Une bouteille d'eau magnésienne fut administrée sur le champ, et bue toute entière à de courts intervalles. Le malade alla plus de douze fois à la selle et très-abondamment. Le lendemain 12, l'œdème avait diminué. Un verre d'eau magnésienne détermina six à sept garderobes. Le 13, même moyen suivi encore d'évacuations trois à quatre fois répétées. Déjà l'œdème était complètement dissipé; il n'en restait plus de traces le 14. Alors percutant de nouveau la région qui avait offert une si complète matité, on la trouva sonore et souple. Le 15, le malade mangeait avec appétit, allait facilement à la selle. Le 16 il quitta l'hôpital. Il s'est présenté à nous un mois après: il était très bien portant.

Nous avons jugé cette observation de quelqu'intérêt, en raison du cas particulier dont elle offre un exemple, et de la rapidité avec laquelle s'est dissipé l'œdème lorsqu'on eût enlevé la cause toute mécanique qui le déterminait.

Revenons maintenant à l'hydropisie déterminée spécialement par l'affection des reins.

I. Lorsqu'on observe un malade chez lequel existe une anasarque, une ascite, un œdème des membres, quelque-

fois même une simple bouffissure du visage, et qu'on ne découvre chez lui aucune lésion organique capable d'apporter une gêne plus ou moins notable au libre cours du sang veineux; surtout lorsque le malade accuse de la douleur ou une sensibilité plus vive qu'à l'ordinaire à la pression, au niveau de la région des reins; il y a déjà une grande probabilité pour rapporter l'hydropisie à la lésion de ces organes; et la certitude en est acquise lorsque l'acide nitrique, ou mieux encore l'ébullition, démontrent la présence de l'albumine dans les urines.

Les caractères anatomiques les plus fréquens de l'altération des reins dans ces cas, sont les suivans : 1.° à l'intérieur, anémie, décoloration ou coloration en jaune pâle de la substance corticale. Augmentation de volume du rein, comme aussi de son poids. Existence de granulations blanchâtres disséminées à sa surface, et plus abondantes en général vers les extrémités, assez souvent aussi ramollissement de la substance corticale, ordinairement en rapport avec le degré d'anémie, et par cela même le degré d'avancement de la maladie. 2.° Lorsqu'on a opéré la section de l'organe dans le sens de sa longueur, on voit l'anémie de la substance corticale contraster singulièrement avec la coloration en rouge vif de la substance tubuleuse. Les artères et les veines examinées à l'œil nu jusqu'aux divisions que l'œil peut atteindre, n'ont offert en général rien de remarquable.

Les granulations qui, à l'extérieur, sont constituées par de petites taches d'un blanc laiteux, quelquefois un peu jaunâtre, dont le diamètre est à-peu-près celui d'une grosse tête d'épingle, ne font point saillie sous le doigt, et paraissent comme voilées par une membrane très-mince et transparente (1). A la coupe elles se montrent sous forme de stries un peu irrégulières, suivant la direction des stries convergentes des cônes tubuleux vers la base desquels on cesse

(1) Tisset, ouvrage cité.

de les apercevoir. Ce ne sont point des produits accidentels, mais bien des parties constituantes de la substance corticale altérées dans leur tissu. Quoiqu'existant dans la grande majorité des cas, il s'en faut cependant que les granulations se rencontrent toujours, et leur fréquence ne paraît pas être la condition de l'état albumineux des urines et de l'hydropisie qui l'accompagne, car ces deux phénomènes ont été observés par nous sur des sujets chez lesquels l'autopsie cadavérique a révélé seulement, 1.° l'anémie de la substance corticale; 2.° l'état de mollesse plus ou moins marqué de cette substance. Il est encore un caractère anatomique à noter ici; c'est l'espèce de refoulement opéré aux dépens de la substance tubuleuse par la substance corticale, qui, envahissant en quelque sorte la place de cette dernière, la refoule contre elle-même, la rapetisse d'une manière quelquefois très-remarquable, à tel point que celle-ci disparaît même complètement dans certains cas.

La lésion des reins est souvent la seule qu'on rencontre chez des sujets qui ont succombé avec une anasarque, quelquefois considérable. Chez d'autres aussi, l'on peut rencontrer des altérations capables de déterminer également l'œdème ou l'hydropisie; mais chez ceux-là, l'infiltration symptômatique reconnaît une double cause, et la principale, l'unique même, dans certains de ces cas complexes, peut être rapportée à l'affection des urines, car toutes les maladies du cœur, par exemple, ne sont pas nécessairement accompagnées de ce symptôme, même à un degré avancé de la maladie. D'ailleurs, chez aucun sujet hydropique seulement par suite d'anévrysmes du cœur, de tumeurs abdominales, etc., on n'a trouvé les urines albumineuses. Pour rendre plus rigoureuse encore l'application de ce dernier phénomène, et lui donner pour le diagnostic toute la valeur symptômatique qu'il comporte, M. Rayer, cité par M. Tissot, a examiné ou fait examiner avec soin les urines de plus de 400 individus atteints de maladies de

toute espèce, et dans aucune, excepté celle dont nous parlons, et le petit nombre de cas que nous allons indiquer, dans aucune, disons-nous, on n'a trouvé d'albumine dans les urines. M. Rayer a trouvé, en effet, les urines albumineuses dans un cas d'hématurie dépendant de cancer et de calculs des reins; dans un cas de néphrite et de cystite avec sécrétion purulente; enfin dans un cas d'affection tuberculeuse des reins portée au plus haut degré. On voit que dans toutes ces circonstances il y avait altération des reins, et les malades étaient arrivés à la dernière période de la maladie. M. Rayer a noté encore un cas d'hydropisie avec urines albumineuses chez une femme enceinte. Enfin M. Alison a avancé que, dans l'anasarque qui suit la scarlatine, on trouve par fois l'urine coagulable, et qu'alors on doit rapporter l'hydropisie à l'affection des reins. Cette assertion n'a pu être encore jusqu'ici vérifiée à l'hôpital de la Charité. Il serait bon, le cas échéant, de ne pas laisser échapper l'occasion de constater de nouveau à plusieurs reprises et sur plusieurs individus le fait signalé par le docteur Alison.

II. *Symptomatologie.* (Urines). — L'acide nitrique, l'ébullition et l'insufflation, sont les trois moyens à l'aide desquels la nature albumineuse des urines peut être constatée. L'acide nitrique coagule immédiatement l'albumine. La chaleur opère plus lentement le même résultat. L'insufflation détermine des bulles comme celles de l'eau de savon, bulles persistantes qui ne le sont jamais dans l'urine ordinaire. Ce dernier moyen appartient à M. Tissot. Le plus sûr est l'ébullition.

Quant à la couleur des urines, elle peut varier suivant le degré plus ou moins avancé de la maladie. En général on a dit qu'elle était tantôt rouge-brunâtre, plus souvent jaune-paille, jaune-verdâtre, mais *toujours plus ou moins trouble dans tous les cas.* Cette assertion est trop générale; il peut arriver en effet que même dès le début et

pendant tout le temps de la maladie, l'urine soit tout-à-fait incolore et très-claire. C'est ce que l'observation ultérieure nous a démontré. (*Voir* l'observation VI.) Ce cas au reste est très-rare.

Le précipité formé par l'acide nitrique dans ces urines, est d'un blanc de lait, et reste tel ordinairement, surtout lorsque l'acide n'est pas en excès. Mais dans un cas, et même avec un peu d'acide, nous avons vu le précipité prendre une très-belle couleur rose (observ. 6.e) Nous avons fait sur ce sujet particulier quelques recherches, de concert avec M. Martin, pharmacien interne à l'hôpital de la Charité, nous les indiquerons plus bas. En général, l'urine dans laquelle l'acide nitrique a précipité l'albumine, offre au bout de vingt quatre heures une teinte brune couleur du décoctum de cachou. Au fond du vase, l'albumine, déposée et divisée en grumeaux rapprochés et serrés, présente une couche blanche ou grisâtre plus ou moins épaisse.

La douleur dans la région des reins n'est pas un phénomène aussi constant que le docteur Bright semble le penser. D'après ses relevés, M. Tissot trouve qu'on ne la rencontre pas chez un tiers des malades. Des observations ultérieures pourront faire varier ce chiffre. Cette douleur, quand elle existe, est plutôt sourde et obtuse que lancinante ou pongitive. Presque toujours la pression l'augmente, ou, si elle n'existe pas, souvent elle réveille une sensibilité insolite.

Bien que l'hydropisie soit le symptôme le plus habituel, il est cependant des cas dans lesquels, avec des urines très-albumineuses, il n'existe qu'un simple œdème de la face. Cette seule circonstance a suffi, dans un cas dont il sera parlé bientôt, pour mettre sur la voie de la véritable lésion dont le malade était affecté; et cela prouve aussi que lorsqu'un simple œdème ne se trouve pas suffisammsnt expliqué par une cause mécanique ou accidentelle, et qu'on le voit persister même sous l'influence de conditions meil-

leures, il est bon alors d'interroger les urines pour s'assurer si l'on doit ou non en placer la cause dans une affection des organes sécréteurs de ce fluide.

Maintenant se présente une question aussi naturelle qu'elle est peut-être difficile à résoudre. Quel rapport y a-t-il entre l'affection des reins dont nous avons rappelé tout-à-l'heure les principaux caractères, et la production d'une hydropisie? Ce rapport de cause à effet ne trouve plus ici, comme pour les autres hydropisies symptômatiques, son explication dans un obstacle mécanique quelconque au libre cours du sang veineux. Il y a donc une raison plutôt vitale que mécanique dans la production de ces infiltrations séreuses. Cette raison, où la trouver? Je ne sache pas qu'on se soit encore occupé de cette solution; on s'est contenté d'indiquer le fait sans chercher à l'expliquer : c'est souvent au reste le plus sage parti à prendre. Quoi qu'il en soit, les circonstances suivantes doivent, à notre avis, être prises en considération. D'après les recherches si intéressantes et si précises du docteur Bostok et de M. Christison, nous voyons dans cette maladie l'albumine abonder dans l'urine, et diminuer proportionnellement dans le sérum du sang; d'autre part l'urée se retrouver dans le sang, et diminuer de moitié ou des trois-quarts dans l'urine. Nous voyons en même temps la pesanteur spécifique du sérum du sang d'autant plus diminuée que les urines sont plus albumineuses. Le sérum du sang se trouve donc appauvri d'albumine; il devient alors plus fluide, plus ténu, et par cela même il peut pénétrer plus facilement les parois des capillaires artériels. Si, comme il est permis de l'admettre, d'après cette modification du sang, l'absorption veineuse est moins active, on concevra dès-lors comment se forment, en pareils cas, les épanchemens dans les cavités séreuses et les infiltrations du tissu cellulaire.

Ne sait-on pas, chez les individus auxquels une grande quantité de sang a été enlevée en peu de temps, et chez

lesquels par conséquent ce fluide a perdu notablement de sa densité, avec quelle facilité se manifeste l'œdème, surtout aux membres inférieurs, lorsqu'ils marchent ou se trouvent long-temps debout? Ne sait-on pas aussi que dans les maladies où le sang, soit primitivement, soit consécutivement, a subi une altération dans sa composition chimique, altération consistant surtout dans la diminution de la fibrine et de la matière colorante, et l'augmentation proportionnelle du sérum, on voit alors se développer des infiltrations séreuses du tissu cellulaire, en même temps que des échymoses ou suffusions sanguines se forment par fois dans l'épaisseur des tissus ou des membranes muqueuses. Tous ces faits nous paraissent avoir entre eux une corrélation, et reconnaître une cause analogue; et ces considérations nous ont conduit à émettre l'explication précédente au sujet du rapport existant entre la lésion des reins et l'hydropisie, explication qui n'a du reste, nous en convenons, que la valeur d'une hypothèse. Mais c'est en nous fondant sur les considérations positives consignées plus haut, que nous combattrons ici l'opinion émise par M. Christison, et après lui par M. Tissot, savoir que le sérum du sang passe en nature dans le rein et par cela même dans les urines; car, s'il en était ainsi, comment se rendre compte de la diminution de l'albumine dans le sérum du sang?.... Si une partie du sérum, un dixième, je le suppose arbitrairement, passait en nature dans les urines, les neuf-dixièmes restans conserveraient leur proportion d'albumine. Il y aurait alors seulement, dans une quantité de sang donnée, une moins grande quantité de sérum qu'à l'état ordinaire. Or, on n'a point constaté une diminution dans la quantité de sérum, mais seulement une diminution dans la quantité d'albumine de ce sérum, et par suite une diminution de sa pesanteur spécifique. Nous croyons donc pouvoir conclure, 1.° qu'il n'est point soustrait au sang une plus grande quantité de sérum qu'à l'ordinaire pour former l'urine; au contraire même,

dans quelques cas, cette quantité est moindre, car on voit certains malades uriner moins que d'habitude ; 2.° que le sérum ne passe pas en nature dans le rein, mais que par une modification inexplicable des fonctions de sa substance corticale, partie véritablement sécrétante de l'organe, le rein laisse passer l'albumine du sérum, et par fois aussi la matière colorante du sang (et non le sang en nature comme on le dit), puisqu'on retrouve parfois cette matière dans l'urine de plusieurs malades.

III. *Causes.* — De toutesles causes à l'influence desquelles l'affection dont nous parlons ici peut être rapportée, il n'en est aucune plus ordinaire que celle d'une exposition constante ou prolongée au froid humide ou à l'humidité. Il existe sans doute une prédisposition organique qui favorise l'action de cette cause, prédisposition difficile pour ne pas dire impossible à préciser. On a signalé, il est vrai, les tubercules, le rachitisme, le tempérament lymphatique, mais nous avons vu des sujets très-vigoureux et d'une très-forte constitution atteints de cette maladie. La prédisposition organique est donc jusqu'ici tout-à-fait inexplicable pour nous.

Relativement au sexe, les hommes sont dans une proportion bien supérieure à celle des femmes, à-peu-près : : 3 : 1, du moins d'après les observations relevées par M. Tissot. Ce chiffre pourra varier peut-être lorsque l'observation aura recueilli un plus grand nombre de faits : mais le plus fort sera toujours du côté des hommes. Relativement à l'âge, on a dit que les deux périodes extrêmes de la vie paraissaient exemptes de cette maladie. Les auteurs anglais n'ont point signalé d'exemples de cette hydropisie dans le jeune âge. M. Tissot, qui a relevé la plupart des observations publiées à ce sujet, n'a trouvé ni dans les auteurs qu'il a compulsés, ni dans les observations recueillies par lui-même, aucun cas de ce genre signalé chez de jeunes enfans. Dans ses observations, c'est entre 3- et 45 ans que

le plus grand nombre des malades existe, sur un total de 39, répartis ainsi qu'il suit : de 18 à 30 ans, 10 ; de 30 à 45, 19 ; de 45 à 70, 10.

On a donc été conduit, d'après ces résultats et d'autres analogues, à conclure que l'enfance et l'extrême vieillesse paraissaient à l'abri de l'hydropisie avec urines coagulables. Mais c'est faute d'avoir assez observé, qu'on a bien à tort avancé cette assertion, au moins pour ce qui regarde les enfans. On n'en a pas trouvé d'exemples, parce qu'on ne les a pas assez bien cherchés. Ici donc se trouve une lacune importante à remplir, car sur ce point les recherches ont commencé à peine, et deviennent cependant indispensables pour qu'on puisse arriver à faire une histoire exacte et complète de la maladie. En 1832, nous avons fréquenté l'hôpital des Enfans-Malades, et dans le service de M. le docteur Baudelocque, nous vîmes un jeune enfant chez lequel une anasarque était déterminée par la maladie des reins; ses urines plusieurs fois examinées contenaient une assez grande proportion d'albumine. Depuis lors on a pu constater le même phénomène chez plusieurs sujets, et l'autopsie cadavérique est venue justifier pleinement le diagnostic. Peut-être dans les établissemens consacrés à la vieillesse, les mêmes recherches amèneraient les mêmes résultats, et il est à désirer qu'elles soient poursuivies.

IV. Le prognostic de l'hydropisie avec urines coagulables est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne. On voit succomber en général à-peu-près les deux tiers des malades, car les rechutes sont fréquentes. Si la maladie est grave par elle-même, à plus forte raison lorsqu'il existe des complications, et c'est à leur fréquence qu'on peut rapporter sans doute la proportion si forte des cas funestes comparés aux cas de guérison. Au reste, nous avons vu, et nous venons de voir encore, succomber à cette maladie des sujets en apparence forts et vigoureux, chez lesquels la lésion profonde des reins était la seule lésion notable. Les chances

de mort paraissent être égales pour les enfans et les adultes.

V. Quant aux indications thérapeutiques, voici, d'après l'observation, les principales données importantes à connaître ; au début, et dans les premiers temps de la maladie, une ou plusieurs saignées générales suivant les forces du sujet. Il est à remarquer que dans cette maladie le sang se couvre souvent d'une couenne dense et épaisse, comme dans les phlegmasies les plus aiguës. Une première saignée couenneuse donne le plus souvent l'indication d'une seconde. Au reste, le sang offre par fois une couenne fort épaisse, sans que la circulation soit très-accélérée.

Les saignées capillaires par les ventouses scarifiées ou les sangsues sont employées avec avantage après la saignée générale, ou de prime-abord si celle-ci n'est pas indiquée par la condition du malade. Lorsqu'on a calmé les symptômes inflammatoires apparens, l'emploi des diurétiques est indiqué. A ce titre, la décoction de raifort sauvage a par fois réussi très-bien à M. Rayer (℥j par pinte d'eau). Le tartrate acidule de potasse, la digitale, la scille et l'opium sont conseillés par Bright. Les bains de vapeurs ont été administrés avec quelque succès à l'hôpital de la Charité, et même dans deux cas ils ont à eux seuls été suivis d'une guérison en apparence parfaite. Enfin lorsque l'hydropisie est considérable et l'intestin en bon état, on peut retirer des avantages de l'emploi des purgatifs répétés. Les cautères sur la région des reins pourraient offrir quelque avantage : ce moyen n'a encore été essayé qu'une fois par M. Rayer ; on ne peut donc rien en conclure encore. Un bon régime entre comme moyen de traitement de cette maladie, qu'on voit si souvent, mais non exclusivement il est vrai, se développer sous l'influence de l'humidité, et en même temps d'une mauvaise alimentation et des privations qu'impose l'indigence.

Tels sont les aperçus que nous avions à présenter sur

l'hydropisie symptômatique de l'affection des reins. Il reste, comme on voit, plusieurs vides à combler, plusieurs points à éclaircir encore sur cette question. Nous allons maintenant faire connaître plusieurs observations sur ce sujet, la plupart accompagnées de circonstances particulières et non signalées jusqu'ici. Les auteurs anglais ne nous ont donné aucune observation de cette maladie dans le jeune âge: avant celles que M. Constant a publiées dans la *Gazette médicale*, aucunes non plus n'avaient été signalées. Nous commencerons donc par rapporter ici ce que nous avons pu recueillir des faits de ce genre chez de jeunes sujets.

Obs. I.re — *Anasarque. Urines albumineuses. Mort. Sujet de* 6 *ans et demi.* — Baillot (Marie), âgé de 6 ans et demi, habitant rue de la Montagne-Sainte-Geneviève à Paris, entra à l'hôpital des Enfans-Malades, le 5 mars 1832. Antécédens : traité autrefois pour le carreau, au rapport de ses parens, malade depuis huit jours environ avant son entrée. A cette époque, on s'aperçoit que les jambes et les cuisses étaient infiltrées. — *Aspect extérieur :* cheveux roux, peau blanche, déviation de la colonne vertébrale, infiltration des membres inférieurs et du scrotum; épanchement assez abondant dans le péritoine, bouffissure de la face, intelligence nette. Le 6, l'œdème de la face a augmenté, et les membres supérieurs sont devenus enflés; urines peu abondantes. Cœur sain, d'après les signes stéthoscopiques. *Poitrine :* sonoréité ordinaire. *Ventre :* pas de tumeur appréciable au toucher. Appétit faible; urines assez rares; deux selles environ dans les vingt-quatre heures. L'enfant est triste et demande toujours sa mère. Le 8 mars, ne trouvant pas une raison suffisante pour expliquer cette hydropisie, et les urines offrant une teinte jaune assez foncée et trouble, sans dépôt au fond du vase, nous pensâmes que l'hydropisie pouvait, chez cet enfant, se rattacher à l'affection granuleuse des reins. L'acide nitrique y détermina aussitôt un précipité blanc assez abondant,

insoluble dans un excès d'acide. (Décoction de caïnça, ʒj par ℥iv d'eau, et sirop de coing, ℥j). Le 9 mars, l'infiltration des bourses et du pénis a augmenté, la bouffissure du visage persiste ; les urines n'ont pas été conservées. (Même prescription), L[illegible], la quantité d'urine excrétée est plus considérable que les jours précédens. Un dépôt considérable existe dans les deux tiers inférieurs du verre où elles sont contenues. Le liquide surnageant est foncé en couleur et légèrement trouble. Décanté, il fournit par l'acide nitrique un précipité blanc insoluble. (Même prescription). Le 11, l'œdème du scrotum a diminué, le malade a uriné neuf fois. Le dépôt des urines est encore plus abondant que la veille. Trois à quatre selles diarrhéiques. (Même prescription). Le 12 mars, dix émissions successives d'urine dans les vingt-quatre heures, cinq à six selles liquides, dépôt toujours considérable au fond du vase, contenant les urines qui précipitent toujours en blanc par l'acide nitrique ; le scrotum s'est infiltré de nouveau ; la face au contraire est moins bouffie. Cinq à six selles liquides. On suspend le caïnça. (Déc. blanche, pot. gom., bouillon). Le 12, même état. Le 13, les urines sont plus claires, et ont une odeur moins forte. Cela tient peut-être à ce qu'on a fait pisser le petit malade directement dans le verre, tandis qu'auparavant la religieuse de la salle les lui faisait rendre dans un urinal réservé d'ailleurs pour lui, et les versait ensuite dans le verre. Or, ces vases dans les hôpitaux ont toujours une odeur très-forte et souvent même incommode aux malades. L'urine au reste précipite comme les jours précédens. (Application sur le ventre et les cuisses de compresses imbibées de décoction de seconde écorce de sureau). Le 13, le précipité est plus abondant que jamais. Sept à huit selles liquides dans les vingt-quatre heures. Le 14, essayées par le papier tournesol rouge, les urines de la veille au soir et de la nuit le ramènent au bleu. Nous faisons pisser le petit malade ; nous essayons l'urine avec

un papier bleu, il ne rougit pas. La quantité d'albumine est notablement moindre que les jours précédens. Le lendemain les urines étaient redevenues acides. Il y avait eu de neuf à dix selles liquides dans les vingt-quatre heures. Vacciné il y a sept jours à l'hôpital, l'enfant présente aujourd'hui 15, l'éruption vaccinale. Du 16 au 18, continuation et persistance de la diarrhée, diminution de l'œdème du scrotum, diminution de la quantité d'albumine dans les urines, affaiblissement progressif du petit malade. Du 18 au 20, il devint impossible de recueillir des urines; une diarrhée séreuse des plus abondantes engageait l'enfant à uriner toutes les fois qu'il avait une évacuation. Sa mère ne voulant pas qu'il mourut à l'hôpital, le retira chez elle, où il succomba le 23 mai. Nous ne pûmes obtenir de cette femme la faculté d'examiner le cadavre.

Réflexions. — Bien qu'ici l'autopsie cadavérique n'ait pu justifier le diagnostic, il est toutefois plus que probable que cet enfant a succombé à la maladie de Bright. Vivant dans un quartier assez mal-sain, doué d'une constitution lymphatique, cachectique depuis sa naissance, car la déviation du rachis remontait à cette époque, n'offrant d'ailleurs rien du côté du cœur ou des gros vaisseaux, et présentant des urines fortement albumineuses, en même temps qu'une hydropisie générale, il est plus que probable que chez cet enfant nous eussions trouvé les reins augmentés de volume, la substance corticale anémique et granulée, peut-être aussi des tubercules dans le mésentère et le poumon.

Quoi qu'il en soit, voici le premier fait de ce genre que nous voyons signalé chez un enfant. Passons à d'autres. (*Nota.* Les trois observations qui vont suivre ont été publiées par le docteur Constant, dans la *Gazette médicale* du 15 janvier 1834 : je n'en rapporte que l'analyse, mais je copie textuellement ce qui a rapport aux reins).

Obs. II.e — *Sujet de 8 ans. Anasarque ; urines albumineuses ; mort.* — Duval, âgé de 8 ans, lymphatique,

est pris au mois d'août 1833, de douleurs de ventre et de vomissemens. Ces symptômes font place à un œdème qui, débutant par les membres inférieurs, devient en peu de temps une anasarque. Le 10 août, entrée à l'hôpital des Enfans : l'intelligence du malade est obtuse ; le pouls est à 100, petit et régulier ; cœur à l'état naturel ; respiration pure ; ventre indolent ; voies digestives en bon état. (Boissons diurétiques et deux purgatifs à quelques jours d'intervalle). L'anasarque diminue. Sur ces entrefaites, rougeole qui parcourt régulièrement ses périodes, mais elle est accompagnée et suivie d'une bronchite intense. Le malade quitte l'hôpital dans les premiers jours de septembre, et y rentre le 25 du même mois. L'hydropisie est revenue. De plus, inflammation du poumon droit, diarrhée, amaigrissement ; urines rares, briquetées. Examinées cette fois, elles précipitent de l'albumine par l'ébullition. (Sangsues au côté droit, vésicatoire, boissons pectorales). L'anasarque persiste. Le 7 octobre, convulsions générales, strabisme avec dilatation des pupilles ; mort. — *Nécroscopie.* Epanchement de sérosité dans la cavité arachnoïdienne, dans les ventricules cérébraux ; deux onces à la base du crâne. Pneumonie des lobes supérieur et moyen du côté droit ; épanchement de trois onces de sérosité dans chaque cavité pleurale. Un litre de sérosité dans l'abdomen. Muqueuse gastro-intestinale généralement pâle, peu consistante. — *Reins.* « de volume ordinaire, *mous* et *friables*; leur membrane propre s'enlève avec une grande facilité; leur surface externe est d'un jaune-brun, et offre çà et là une multitude de petits points blancs comme des pointes d'épingle. En incisant les reins suivant leur longueur, la substance corticale présente la même teinte jaune et le même sable blanchâtre. Les calices sont bien distincts. »

Reflexions. — L'observation qu'on vient de lire offre un exemple des plus notables de la maladie de Bright chez un sujet de huit ans, bien que l'altération des reins n'ait été

décrite que très-superficiellement; bien qu'on n'ait pas indiqué la coloration de la substance tubuleuse, son état plus ou moins marqué de refoulement, il est impossible de méconnaître les deux altérations fondamentales : 1.° la décoloration de la substance corticale et son ramollissement; 2.° les granulations ou points blancs; le sablé blanchâtre n'est autre chose que les stries irrégulières produites par la coupe longitudinale dans le tissu même de la substance corticale ayant subi l'altération ou tranformation qui constitue ce qu'on appelle granulations en raison de la disposition arrondie qu'offrent à l'extérieur les circonvolutions formées par cette substance. On a oublié aussi de mentionner dans cette observation si le malade avait été soumis long-temps ou non à l'influence de l'humidité.

OBS. III.° — *Sujet de sept ans. Anasarque suite de scarlatine. Urines albumineuses. Mort.* — Vernier, âgé de sept ans, lymphatique, entre à l'hôpital des Enfans, dans le mois d'août, avec la rougeole. Au bout de dix jours il en sort toussant encore et ayant la diarrhée. Ces accidens persistent chez lui, il s'y joint des vomissemens. Peu de jours après, scarlatine. Cet exanthème n'offre rien de remarquable dans sa marche, mais huit jours après sa disparition, œdème des membres inférieurs, bientôt hydropisie générale. Rentrée à l'hôpital le 1.er octobre, alors; ventre tendu, douloureux à la pression, offrant une fluctuation évidente; cessation de la diarrhée; pouls petit, régulier; urines rares. (Décoction de caïnça, demi-gros dans 6 onces d'eau).

Le 4, on double la dose de caïnça; la diarrhée reparait; nausées, vomissemens; urines toujours peu abondantes, d'un rouge vif. Soumises à l'action de la chaleur, elles fournissent une certaine quantité d'albumine qui *s'élève à la surface sous forme de mousse*. Le malade n'en rend que deux à trois onces dans les vingt-quatre heures. La région

lombaire ne paraît pas être plus douloureuse que le reste de l'abdomen. On remplace le caïnça par de simples boissons nitrées. Le reste de l'observation ne fait plus mention des urines, mais de complications graves et successives qui accélèrent la fin du jeune malade. Ainsi le 7, mouvemens convulsifs des yeux et des membres, avec écume à la bouche. — Le 10, pleurésie suraiguë. Mort vers la fin du même mois. Le caïnça, repris plusieurs jours avant la mort, avait déterminé les mêmes accidens que la première fois, c'est-à-dire, une diarrhée abondante. — *Autopsie cadavérique*. Epanchement de deux onces de sérosité à la base du crâne ; infiltration considérable du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; pleurésie avec épanchement de matière blanchâtre ayant la consistance du pus phlegmoneux ; cœur normal ; tubercules pulmonaires. Un litre de sérosité dans le péritoine. Teinte rosée de la muqueuse de l'intestin grêle ; foie de volume ordinaire, sans altération notable.— *Reins*. « Plus volumineux qu'à l'état normal, surtout le droit. Leur surface présente de nombreuses arborisations. Le tissu de ces organes a perdu sa fermeté ordinaire ; quelques petits points blancs apparaissent à la surface des parties incisées ; le ponctué est surtout marqué dans sa substance corticale. On n'observe ni à l'intérieur ni à l'extérieur une teinte jaunâtre. »

Réflexions — Ici les complications abondent. Il est évident qu'elles ont tué le malade ; d'autre part il est vraisemblable que c'est sous l'influence de l'affection des reins survenue à l'occasion de la scarlatine, ou au moins concurremment avec cette maladie, et augmentée après sa disparition, que l'hydropisie s'est manifestée. L'expérience citée comme prouvant l'existence de l'albumine dans les urines, aurait pu être répétée à plusieurs reprises. Cependant, si brièvement qu'elle soit décrite, l'altération des reins nous paraît se rattacher ici au sujet qui nous occupe. Le ramollissement, l'augmentation de volume et les granulations blanches de la sub-

stance corticale, indiquées par l'auteur de l'observation, nous engagent à le croire, bien, nous le répétons, que certaines circonstances omises ou pas assez précisées dans ce fait, aient fait naître, au premier abord, quelque doute dans notre esprit.

Obs. IVe — *Sujet de 10 ans; hydropisie générale. Urines albumineuses.* — Dumay, âgé de 10 ans, entra à l'hôpital le 9 novembre 1833. Sa santé s'était altérée dès le mois de juillet de la même année. A cette époque il fut pris, sans cause appréciable, de douleurs lombaires, accompagnées de nausées et de vomissemens et parfois aussi de dysurie. Deux mois après, infiltration autour des malléoles; l'œdème gagna successivement les jambes, les cuisses, le scrotum, le ventre, où il se fit un épanchement considérable. La face et les membres supérieurs restèrent intacts. Des boissons diurétiques, la scille et la digitale firent disparaître l'hydropisie. Le malade toutefois continua d'éprouver des douleurs lombaires. Enfin l'hydropisie reparut; et cette fois, anasarque complète et très-considérable, diarrhée. L'examen du malade ne fait reconnaître aucune cause mécanique susceptible de produire cette hydropisie. Les urines sont gardées : 3 onces ont été conservées en vingt-quatre heures. Elles sont troubles, présentent la couleur d'une forte décoction de quinquina (très-probablement due à la présence de la matière colorante du sang.) Traitées par la chaleur, elles fournissent une grande quantité d'albumine. Le pouls bat 120 fois; 40 inspirations. Le 11, on pratique une saignée du bras qui fournit un *caillot couvert d'une couenne blanchâtre fort épaisse.* Le 13; la première saignée ayant amené un soulagement notable, une seconde est prescrite; mais on n'obtint que très-peu de sang. Le 15; le volume du ventre diminue; urines plus abondantes, mais toujours albumineuses. (Boissons nitreés. Bouillon).

Le 25, l'anasarque a presque complètement disparu; les urines coulent abondamment et sont claires; la diarrhée

a cessé. Le 5 décembre, le malade quitte l'hôpital en très-bon état.

Depuis la publication de ce fait, dont je viens de consigner ici l'analyse, le malade, dont il s'agit, est rentré à l'hôpital des Enfans, le 8 février 1834, n.° 8, salle Saint-Jean. Pour la troisième fois l'anasarque avait reparu. L'épanchement dans le péritoine était considérable, les membres inférieurs, le scrotum fortement infiltrés, la face un peu bouffie; les urines examinées de nouveau précipitèrent abondamment par l'acide nitrique et par la chaleur. Les jours qui suivirent sa rentrée, la respiration devint gênée et les symptômes d'un œdème du poumon se manifestèrent. Le prognostic le plus grave fut porté sur son état. On administra des boissons diurétiques et quelques dérivatifs sur le tube intestinal. Aucun amendement ne fut obtenu. Le 28 février, le malade, dont l'état paraissait empirer de jour en jour, fut pris de convulsions et de délire au plus haut degré. On ne fit rien; ces nouveaux accidens se calmèrent peu-à-peu : le jour suivant les mêmes symptômes revinrent avec encore plus d'intensité. On donna le sulfate de quinine à la dose de 20 grains. Les accidens nerveux cessèrent. Les urines, jusque-là assez rares, devinrent très-abondantes. En peu de jours l'anasarque disparut complètement, la poitrine se dégagea, l'appétit se fit sentir, les forces revinrent, les urines ne fournirent plus de traces d'albumine. Le 10 mars, le petit malade était en état de quitter l'hôpital, et l'on dût écrire à ses parens pour venir l'en retirer et ne pas exposer de nouveau sa santé par un trop long séjour dans cet établissement.

Cette observation est fort intéressante; elle offre un des symptômes accessoires de la maladie, la douleur aux reins, et tous les symptômes principaux et caractéristiques au plus haut degré, tels que : urines colorées en rouge et albumine en grande proportion dans ce liquide, œdème, ascite, puis anasarque à mesure que la maladie fait des pro-

grès. Malgré la gravité des symptômes de la première rechute, le malade échappe à la mort. Mais peu de temps après, troisième rechute. Cette fois le prognostic était des plus graves; il le devint encore plus alors que nous vîmes ce malade atteint de convulsions et de délire; il devenait alors probable qu'une hydrocéphale venait compléter la série d'accidens devant déterminer la mort; mais le sulfate de quinine vint opérer alors des résultats qu'on osait à peine en attendre, et en peu de temps le malade fut rétabli. Est-il à l'abri d'une quatrième rechute? Nous n'oserions l'affirmer. Toutefois, jamais convalescence ne parut plus franche, et retour à une santé parfaite plus probable (1).

(1) Le 14 juin 1834, le jeune Dumay est de nouveau rentré à l'hôpital, salle Saint-Jean, N.° 11. A cette époque il présentait un œdème très-marqué, sur-tout aux paupières, à la face, aux bourses, peu considérable aux membres. Il existait un épanchement séreux assez considérable dans la cavité péritonéale, sans tumeur appréciable dans l'abdomen. Le cœur avait une impulsion assez forte, variant entre 88 et 92. La poitrine percutée était un peu plus sonore à droite qu'à gauche, où l'on entendait du râle muqueux en arrière, et un ronchus assez fort en avant. A droite, un peu de râle sous-crépitant vers le lobe inférieur. Soif peu marquée, appétit conservé : urines très-rares. Chauffées le 15 juin, après un certain temps, elles ont *été entièrement réduites en gelée*. Le traitement a consisté en bains de vapeur, en une boisson de chiendent nitrée. A la suite de ces moyens on a observé moins de sécheresse à la peau et une sécrétion d'urine plus abondante. Ce liquide, examiné le 19 juin par l'acide nitrique, a donné un précipité d'albumine occupant les deux tiers inférieurs du vase. A dater de cette époque, diminution notable de l'œdème des paupières, des bourses et de l'ascite. A dater du 26 juin jusqu'au 1.er juillet, l'amélioration s'est soutenue; cependant le malade toussait toujours. Le 1.er juillet, un vésicatoire a été mis à la base du côté gauche de la poitrine. L'urine, explorée les 22 et 28 juin, a fourni les mêmes résultats que ci-dessus. Aujourd'hui 3 juillet, l'œdème a augmenté, le côté gauche de la poitrine résonne mal en arrière; il ne paraît pas cependant y exister jusqu'ici d'épanchement. Le pouls est régulier, ni fort ni faible, à 88. Le malade boit à peine un pot de chiendent nitré dans les vingt-quatre heures; il éprouve peu de soif. Il est probable que cet enfant finira par succomber sous peu de temps à une affection si grave qui, jusqu'ici, a été plutôt palliée que combattue.

Obs. V^e — *Sujet de cinq ans. — Hydropisie. — Urines albumineuses. — Scarlatine intercurrente. — Guérison.* — Mathieu Henri, âgé de 5 ans, entra, le 7 janvier 1834, à l'hôpital des Enfans malades, n.° 7, salle Saint-Jean. Ce petit malade demeure à Bercy, dans une chambre habituellement humide. Lors de l'inondation produite par le débordement de la Seine, la maison qu'occupent ses parens devint inhabitable. Ils changèrent de logis et allèrent s'établir dans un lieu encore plus humide peut-être que celui qu'ils abandonnaient à cause de l'irruption des eaux. Deux mois avant cette époque, Mathieu avait été pris d'une anasarque qui fut, au rapport de ses parens, guérie par des boissons diurétiques. Huit jours à-peu-près avant son entrée, il fut repris des mêmes accidens. Les membres inférieurs, le ventre, le pénis s'infiltrèrent de nouveau; l'enfant fut amené à l'hôpital.

On n'a point noté alors qu'il éprouvât des douleurs dans la région des reins. On chercha à dissiper cette enflure par les diurétiques. On commença par la décoction de chiendent nitré et une potion gommeuse additionnée de 12 à 15 gouttes de teinture alcoholique de digitale. Sur ces entrefaites, les urines furent examinées; elles étaient d'un jaune vert, sale et trouble, précipitaient assez abondamment par l'acide nitrique et par l'ébullition. Cette expérience ayant mis sur la voie de la véritable cause de la maladie, on résolut d'insister sur les diurétiques et quelques dérivatifs, le tube intestinal paraissant en bon état : mais le troisième jour de son entrée, une éruption scarlatineuse apparut. La scarlatine envahit, chez ce sujet, les jambes, les cuisses, le ventre, et fut à peine sénsible aux extrémités supérieures. L'éruption eut une marche lente et traînante; aucune complication grave ne se manifesta. On tint l'enfant à une diète légère et aux boissons délayantes. Les urines, examinées à deux ou trois reprises pendant la durée de la scarlatine, étaient toujours troubles et mêlées d'albumine.

Cependant vers le onzième jour, à partir de l'éruption, l'hydropisie commença à diminuer un peu; les urines devinrent plus claires et plus abondantes. Vers les premiers jours de février elles avaient repris leur limpidité, l'hydropisie avait presqu'entièrement disparu. L'appétit se faisait sentir; les forces revenaient au petit malade; les urines, examinées alors, n'offrirent plus aucune trace d'albumine. L'enfant sortit de l'hôpital, sans toutefois que l'hydropisie fût entièrement et complètement dissipée. (Obs. communiquée par M. Baudelocque.)

Réflexions. — Ce fait est un des plus intéressans qu'on puisse rencontrer dans la matière qui nous occupe. Il nous montre d'abord la maladie se développant sous l'influence de l'humidité si souvent retrouvée comme cause dans les faits rapportés jusqu'ici par les divers auteurs. Il établit la liaison existant entre cette influence et le développement de la maladie; mais surtout il offre un rapprochement des plus remarquables à établir entre l'apparition de la scarlatine et la cessation de la maladie antérieure après la guérison de cet exanthème. Or, on sait que souvent la scarlatine amène l'hydropisie, et plus encore, d'après M. Alison, la scarlatine développerait parfois une anasarque avec urines coagulables. Ici nous voyons une hydropisie avec urines coagulables s'améliorer rapidement, au contraire, après la scarlatine, et très-probablement à cause d'elle. En un mot, une scarlatine intercurrente dissiper une maladie que parfois elle détermine. Ce fait pourrait être invoqué par la doctrine homœopathique, pour prouver que la nature procède homœopathiquement dans la curation des maladies (1).

(1) Il est fâcheux pour l'homœopathie que la guérison, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, n'ait pas été de longue durée. Depuis la lecture de ce travail à l'Académie, nous avons appris que le sujet de l'observation qu'on vient de lire avait été repris d'une anasarque, et qu'entré dans les premiers jours de juin à l'hôpital des Enfans, il

Nous ne connaissons pas encore de fait positif à citer comme exemple de scarlatine simple avec urines albumineuses. Seulement en 1832, à l'hôpital des Enfans, nous avons recueilli l'observation d'un garçon de 14 ans qui, le 12 mars de cette même année, fut pris d'une scarlatine dont la marche fut franche et régulière. Il n'eut point d'œdème à la suite, et sortit de l'hôpital en bon état. Pendant la marche de l'éruption, les urines furent examinées ; nous n'y trouvâmes rien les trois premiers jours; le quatrième, elles précipitèrent abondamment par quelques gouttes d'acide nitrique ; un excès d'acide put redissoudre une partie de ce précipité formé par du mucus ; mais l'autre partie resta insoluble, et nous fûmes porté à penser qu'il était constitué par de l'albumine. On ne conserva pas les urines les jours suivans, et le malade quitta l'hôpital sans qu'un nouvel examen eût été fait. Aussi nous ne prétendons rien conclure de positif d'après cette observation.

Les faits rapportés jusqu'ici ont trait à des enfans en bas âge. On voit donc que l'extrême jeunesse n'est pas, comme on l'a avancé, à l'abri de cette affection. Nous devons aussi faire remarquer que tous ces faits ont été recueillis dans des salles consacrées aux garçons, pour qu'on n'en conclue pas à la rareté de cette maladie chez l'autre sexe. Il est vrai, toutefois, comme nous l'avons indiqué d'après les autres et remarqué nous-même, que les femmes y sont moins exposées que les hommes. Nous avons appris cependant que deux ou trois faits, analogues

---

était mort au bout de quelques jours. Par malheur l'ouverture du corps a été faite par un externe qui, ne connaissant pas l'histoire de cet enfant et l'intérêt qu'offrait la maladie à laquelle il venait de succomber, n'a point observé avec assez d'attention l'état des divers organes. Il a noté seulement que les reins étaient *jaunâtres* et *mous*. On voit au reste, par ces exemples, combien est grave l'affection dont il s'agit, et combien il faut se défier d'une première apparence de guérison chez les enfans plus encore peut-être que chez les adultes.

à ceux que nous venons de rapporter, auraient été observés à l'hôpital des Enfans, à la division des filles, dans le service du docteur Bouneau.

Voici maintenant deux observations récemment recueillies par nous à l'hôpital de la Charité, et qui nous ont paru dignes d'intérêt en raison de plusieurs circonstances nouvelles que l'une surtout nous a présentées.

Obs. VI[e] — Lefevre, âgé de 25 ans, cordonnier, entre, le 27 janvier 1834, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel. Cet homme est un peu lymphatique, sa peau est blanche, sa taille et sa force moyennes. Il n'a jamais eu de maladie un peu grave, ni d'enflure aux jambes; seulement dans ces dernières années il ne pouvait courir ni monter rapidement un escalier sans être essouflé. Depuis deux ans il a demeuré à Chartres, et couché la nuit dans une chambre basse, obscure et humide, au-dessous de laquelle existait une vaste citerne. Vers la fin de la deuxième année de son séjour en ce pays, Lefevre commença à ressentir des douleurs sourdes dans les reins; ces douleurs augmentèrent et s'accompagnèrent de vomissemens. Peu après, il ressentit des battemens de cœur. Ses urines, dès le début de la maladie, étaient incolores, blanches, et ni plus ni moins abondantes qu'à l'ordinaire, à ce qu'il croit. Bientôt il survint de la bouffissure au visage, mais au visage seulement. Le malade se rendit à Paris; la bouffissure du visage augmenta encore; il fut envoyé à la Charité par le Bureau Central. Le premier jour où il fut examiné, on crut avoir affaire seulement à une affection légère du cœur. Le 29, on prescrivit une saignée du bras et la digitale en poudre (2 grains). Cependant les battemens du cœur n'étant pas fort énergiques, les jambes non enflées, et le visage seul étant bouffi, M. Rayer soupçonna une affection concomitante des reins comme cause plus probable de l'œdème de la face. Les antécédens du malade étaient favorables à cette supposition, et l'examen de l'urine les justifia le 5 février.

dissipés; les urines restent dans le même état. Du 13 au 15, nous observons une diminution assez notable dans la quantité d'albumine contenue dans l'urine du malade.

Le 15, 16 et 17 mars, la diminution graduelle est constatée, le précipité albumineux de moins en moins abondant, prend toujours, après un certain temps, une teinte rose. Le 18, le malade sent de l'oppression, la respiration s'accélère, il perd l'appétit et le sommeil. Le 19, ces symptômes persistent.

Le 20; la gêne de la respiration est plus manifeste, fréquence du pouls, anxiété précordiale. On fit, le 21, une application de sangsues à la région précordiale; elle n'amena point de soulagement.

Le 22. Même état.

Le 23. Altération profonde et pâleur extrême du visage. Respiration très-pénible et fréquente. Obscurité des battemens du cœur. On prescrivit une saignée de trois palettes qui n'eût aucun résultat favorable. L'état du malade empira encore dans le courant de la journée. Il expira dans la nuit du 23 au 24 mars.

Ouverture du corps faite le 25. — Le cadavre est pâle Il n'y a d'infiltration nulle part. A l'examen de la tête on trouve le cerveau et ses membranes tout-à-fait pâles et décolorés et dans un état complet d'anémie. Un peu de sérosité existe dans les ventricules. La consistance du cerveau est à-peu-près celle de l'état normal. A part l'anémie, il n'offre aucune lésion appréciable.

Poitrine. Dans chaque cavité pleurale, on trouve environ trois verres de sérosité sanguinolente, une adhérence ancienne et peu considérable à droite et vers le lobe supérieur du poumon; du reste pas de pleurésie, pas de pneumonie, car le poumon est sain, exempt des tubercules, seulement un peu engoué et œdémateux en arrière. Aucune fausse membrane, aucune adhérence récente du côté des plèvres. Le péricarde n'offre qu'une blancheur

uniforme de sa surface interne, il contient très-peu de sérosité. Le cœur, notablement plus gros qu'à l'état naturelle, offre une dilatation du ventricule gauche sans amincissement des parois; le ventricule droit est dilaté également et un peu aminci. Les colonnes charnues du ventricule sont pâles; en général le tissu musculaire qui constitue le cœur est pâle, à demi décoloré; le doigt le pénètre sans trop d'effort. . . . . .

Le tube digestif n'offre rien à remarquer.

Le foie est un peu mou et d'un volume ordinaire; sa coupe ne laisse pas suinter une seule goutte de sang.

La rate, complètement ramollie, ne peut mieux être comparée, lorsqu'on a enlevé sa membrane propre, qu'à de la lie de vin épaisse; elle est, pour ainsi dire, liquéfiée; son volume est d'ailleurs un peu moindre qu'à l'ordinaire. Le rein gauche manque totalement, on ne trouve que la capsule surrénale de ce côté dans un état d'atrophie. L'artère rénale gauche manque également. On ne trouve pas non plus trace d'uretère de ce côté. Le rein droit, loin de suppléer par son volume à l'absence de son congénère, est, au contraire, réduit à la moitié du volume ordinaire d'un rein d'adulte. Cette atrophie semble au reste être plutôt le résultat d'une maladie que d'une disposition congénitale. Dépouillé de sa membrane, ce rein offre l'état suivant: décoloration de la substance corticale, injection capillaire très-ténue à la surface externe de l'organe; disposition grenue et comme mamelonée de cette surface, et non lisse et unie comme à l'état ordinaire. Incisé suivant sa longueur, ce rein offre une complète confusion des substances corticale et tubuleuse. Toutefois, dans certains points et à certaines stries convergentes rougeâtres, la disposition des cônes tubuleux se peut encore reconnaître. Les mamelons, de couleur rosée, laissent, par la pression, suinter un liquide lactescent. Le parenchyme de l'organe est plus mou qu'à l'état ordinaire; à l'intérieur comme à l'extérieur, au

reste, il est d'un jaune pâle. On ne trouve pas de granulations blanches à l'extérieur, ni de stries à l'intérieur, quelque soin qu'on apporte à cette recherche. La vessie contient une urine trouble; sa muqueuse est d'un blanc de lait et recouverte de stries floconneuses blanches ressembla nt à des flocons albumineux.

Réflexions. — Cette observation nous a paru être une des plus intéressantes qui aient été recueillies sur le sujet qui nous occupe. Elle constitue, en effet, une double exception à la règle générale sous le rapport des lésions anatomiques : savoir l'atrophie du rein au lieu de son augmentation de volume et l'absence des granulations blanches qui se rencontrent presque constamment. L'existence d'un seul rein n'est pas un fait très-rare, il est vrai; mais cette circonstance peut rendre ici raison de la gravité plus grande de la maladie, et de sa terminaison plus rapidement funeste. — C'est la première fois, au reste, qu'elle se trouve notée dans les observatious de ce genre. — L'autopsie cadavérique nous montre ici un épanchement abondant dans chaque plèvre. Cet épanchement est de couleur rouge; il est le résultat d'une exhalation de sérosité sanguinolente à la surface de la poche séreuse. De pareils épanchemens ne sont point le résultat d'une inflammation. On ne rencontre ni adhérences, ni fausses membranes, ni flocons purulens; ils se forment en général avec rapidité, tantôt dans la cavité des plèvres, tantôt dans celle de l'arachnoïde, et deviennent ainsi les causes déterminantes d'une mort rapide. Les saignées réussissent mal en pareil cas. Il existe alors, nous n'en saurions douter, une altération plus ou moins profonde du sang; et lorsque la maladie est arrivée à un degré assez avancé pour déterminer ces épanchemens, les émissions sanguines nous semblent alors plus nuisibles qu'utiles. Loin de favoriser l'absorption, elles appauvrissent encore davantage le sang, et peuvent contribuer à augmenter l'exhalation séro-sanguinolente de la plèvre du péri-

toine ou de l'arachnoïde. Ce mode de terminaison a, du reste, été observé et noté par M. Grégory, et le fait qui vient d'être cité n'est qu'une preuve de plus apportée à l'appui de la justesse de cette remarque.

Obs. VII.e — *Sujet de 28 ans. Anasarque. Urines albumineuses. Mort.* — Milon, garçon boucher, entre à la Charité, salle Saint-Jean. Cet homme, né à Paris, exerce depuis deux ans sa profession : il ne se rappelle pas avoir été atteint de maladies graves antérieures. Il est fort et vigoureux ; son état l'expose continuellement aux influences humides. — Vers le mois d'octobre il quitta l'abattoir et se fit domestique ; il s'occupait tous les matins à laver la voiture de son maître, et restait souvent mouillé. Peu de temps après qu'il eut pris cette nouvelle condition, sa face devint bouffie, ses jambes, ses cuisses, ses bourses s'enflèrent : le ventre devint bientôt le siège d'un épanchement assez considérable. Aucune douleur ne se fit ressentir dans la région des reins. L'appétit était conservé, les digestions faciles, la respiration libre, le sommeil assez calme. Le malade entra à l'hôpital Necker au mois de novembre ; il y fut traité pendant six semaines comme ayant une hydropisie due à une affection du cœur. On lui pratiqua une saignée du bras, il eut des sangsues à la région du cœur et à l'anus. Aucun amendement n'étant obtenu, le malade quitta l'hôpital Necker, et dès le lendemain il fut conduit à la Charité. L'examen, le lendemain de son entrée, ne permit pas de croire à une lésion du cœur capable de déterminer cette anasarque. Les urines examinées furent trouvées fortement albumineuses ; dès-lors la nature de la maladie fut constatée. Depuis le développement des premiers symptômes, les urines n'ont point diminué de quantité ; elles ont toujours présenté une teinte jaune-pâle trouble. Les facultés intellectuelles sont intactes, et la plupart des fonctions s'exécutent bien. Le malade fut saigné du bras, sans plus d'avantage qu'auparavant. L'anasarque augmenta même, et

ses cuisses, ses bourses, son ventre se gonflèrent prodigieusement. On pratiqua un grand nombre de mouchetures, on donna des boissons nitrées qui furent quelques jours après remplacées par la décoction de raifort. La quantité des urines égala toujours à-peu-près celle des boissons prises dans les vingt-quatre heures. On essaya un bain de vapeur, mais il devint impossible de continuer l'emploi de ce moyen. l'enflure étant telle que le malade ne pouvait que rester sur le dos et non être assis. Sur ces entrefaites survint une diarrhée qui dura trois semaines; on réussit à la combattre, et vers la fin de février elle avait cessé complètement. Les urines continuèrent de précipiter abondamment par l'acide nitrique. Ce précipité était en général d'un blanc sale grisâtre; l'albumine formait de nombreux grumeaux. En versant un excès d'acide, on voyait au bout d'un certain temps le précipité prendre une teinte légèrement rosée. Ces urines s'altéraient vite, et acquéraient promptement une mauvaise odeur. Dans les premiers jours de mars, la face et les bras étaient désenflés. Le 9, le malade avait une respiration accélérée, avec râle muqueux, appréciable à distance.

Le 10, la gêne de la respiration augmente; l'œdème de la face et des bras est revenu. (Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit de la poitrine). Le 11, soulagement marqué. Le 12, respiration libre, persistance de l'œdème des bras, diminution presque complète à la face, sommeil et digestion facile; appétit. Le malade ne prend aucun médicament, et boit de la tisane commune, car depuis quatre jours on néglige de lui donner la décoction de raifort. Vers la fin de mars, la décoction de raifort qu'on avait reprise est remplacée par l'eau de riz, en raison d'une diarrhée séreuse très-abondante qui s'est manifestée. L'anasarque a peu diminué, malgré la fréquence de ces évacuations. — Cette diarrhée a persisté jusqu'au 8 avril inclusivement. Le malade n'éprouvait aucune douleur; il dormait

et mangeait assez bien. Le décoctum de riz, les lavemens laudanisés, etc., furent administrés dans le but de diminuer la diarrhée, qui n'avait au reste aucune influence un peu appréciable sur l'anasarque. Le 11 avril, la diarrhée séreuse qui s'était arrêtée pendant près de deux jours, recommença plus abondante que jamais. Le malade n'accusait du reste aucun symptôme nouveau. Le 13 dans la journée, il tomba tout-à-coup dans un état complet d'affaissement; sa figure, qui jusque-là n'avait éprouvé aucun changement, s'altéra tout-à-coup. Il expira le même soir.

Nécropsie faite, le 15 avril 1834. — La tête n'a pas été ouverte.

La poitrine contient de chaque côté une assez grande quantité de sérosité, dans laquelle on voit nager quelques flocons pseudo-membraneux. Les deux poumons sont sains. Le cœur a un volume normal; ses orifices sont libres; l'aorte et ses divisions à l'état ordinaire.

La cavité péritonéale contient plusieurs litres de sérosité avec flocons pseudo-membraneux. Le péritoine de la périphérie et celui des intestins est parsemé de piqueté noirâtre; le foie a un volume ordinaire; la veine porte est libre dans son intérieur; le rate et le pancréas n'offrent rien de particulier; la muqueuse digestive est pâle, et n'offre un peu d'injection que vers la fin de l'intestin grêle.

Reins. — Les deux reins, dépouillés de leur enveloppe cellulaire, offrent une évidente augmentation de volume; le poids de chacun est de sept onces et demie; à l'extérieur, ils offrent une teinte jaune, grisâtre, pâle. On observe en outre, surtout vers les extrémités, une injection capillaire formant comme un réseau ténu, dont les mailles circonscrivent des points anémiques d'un jaune grisâtre. Aucune granulation n'est distincte à l'extérieur; fendus dans le sens de leur longueur, la surface de chaque section offre un aspect homogène et ne laisse apercevoir, excepté dans un des deux points, aucune trace de la sub-

stance tubuleuse; la corticale semblant l'avoir envahie toute entière. Les mamelons pâles et décolorés laissent suinter, par la pression, un liquide lactescent. L'artère rénale et ses divisions sont pâles à l'intérieur; en coupant chacune des deux moitiés du rein, ainsi divisé longitudinalement dans le sens de l'épaisseur de l'organe, les surfaces des sections nouvelles laissent apercevoir, d'une manière assez distincte, la substance tubuleuse, reconnaissable à ses stries convergentes d'une couleur rose pâle. Mais dès qu'on commence à se rapprocher des extrémités, les sections nouvelles n'offrent plus que des surfaces d'aspect homogène et de couleur gris-jaune pâle. —La consistance du parenchyme, loin d'être diminuée, est peut-être plus considérable qu'à l'état ordinaire, car le doigt ne le pénètre qu'avec difficulté. La vessie contractée est saine, ainsi que les uretères. Le tissu cellulaire des membres est notablement infiltré.

Réflexions. — Un fait de ce genre aurait sans doute pu très-bien passer pour un cas d'hydropisie essentielle; loin de là, cependant, il constitue un des exemples les plus remarquables d'anasarque symptômatique de la lésion qui nous occupe, parce que ce cas est dégagé de toute espèce de complication. L'hydropisie se lie immédiatement ici à la lésion du rein : cette lésion est la seule qui existe et qui suffise pour amener la mort d'un sujet bien constitué, jeune, vigoureux, exempt jusque-là de maladies. Comme cause nous retrouvons encore ici l'influence de l'humidité. Un symptôme manque, la douleur dans la région des reins; mais ce symptôme, on le sait, n'est point constant. Comme lésions, nous trouvons augmentation de volume et de poids, et état anémique des reins; mais, au lieu d'être ramollis, nous les trouvons indurés.

Nous n'observons pas non plus de granulations, et ce fait, joint à un assez grand nombre d'autres, prouve, comme nous l'avons dit déjà, que l'état granulé, bien que

très-fréquent, n'est pas cependant essentiel, et qu'en conséquence on ne doit point le donner, ainsi que l'a fait M. Tissot, comme type caractéristique et constant de la maladie de Bright.

Une remarque commune aux deux observations qu'on vient de lire, comme à beaucoup d'autres de ce genre, c'est la rapidité avec laquelle se développent par fois les derniers accidens qui entraînent la mort des malades. Ainsi l'épanchement dans les plèvres se forme avec une promptitude extrême chez ces deux sujets. Chez le premier l'état du cœur augmente la dyspnée produite par cet épanchement subit. Chez le second, une diarrhée, datant déjà de plusieurs semaines, devient tout-à-coup excessive et attère le malade; en même temps qu'un épanchement dans la poitrine en entravant brusquement la respiration achève sa perte. Chez l'un d'eux enfin, comme chez plusieurs autres, le liquide épanché est sanguinolent, phénomène analogue à celui du cerveau, qui parfois offre le même aspect. La matière colorante du sang se retrouve ici dans le liquide exhalé des plèvres, comme, dans certains cas de ce genre, on l'observe encore dans l'urine sécrétée par les reins. Ces épanchemens ne sont pas le résultat d'une inflammation franche; vous ne trouvez pas d'adhérences récentes ni de fausses membranes plus ou moins épaisses. Non, mais quelques flocons albumineux et dans le dernier cas seulement.

Nous pourrions citer encore une observation récente, mais nous pensons devoir borner ici notre travail; notre but a été d'appeler l'attention des pathologistes sur une maladie encore généralement peu étudiée, de signaler plusieurs particularités encore peu connues, d'indiquer certaines lacunes à combler dans son histoire, afin qu'on puisse à l'aide de matériaux plus nombreux et bien choisis, rendre cette histoire plus complète.

Considérations sur quelques points en litige concernant les luxations et fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras; par M. ROGNETTA, *docteur en médecine et en chirurgie.*

Dicam quod sentio. (Cic., *De Orat.*, lib. I, pag. 134, édit. de Leclerc).

Nos idées ont été tellement bouleversées dans ces dernières années à l'égard des luxations du poignet, qu'on ne sait presque plus à quoi s'en tenir. Les uns admettent, les autres nient absolument ces sortes de luxations. Ceux-ci ne voient presque toujours que des fractures de l'extrémité inférieure du radius à la place de ces luxations; ceux-là, au contraire, y reconnaissent d'autres espèces de lésions qui sont d'ailleurs rejetées par d'autres. Sortons de cet *imbroglio*, si cela est possible. Plusieurs travaux intéressans ont déjà paru sur ce sujet : je citerai entre autres l'important mémoire de M. Malgaigne, publié en 1832 dans la *Gazette médicale de Paris.* Mais la question est loin d'être entièrement épuisée; plusieurs lacunes y restent encore : je ne me flatte pas de les remplir complètement, mais j'ose espérer que ce travail pourra peut-être ajouter quelques pierres à l'édifice qu'ont déjà commencé à bâtir les savans qui m'ont précédé. Le titre de ce mémoire et cette courte préface indiquent assez, je crois, que je n'ai pas l'intention de reproduire ici tout ce qui a été fait et publié sur cette matière.

§. I.er *Luxations simples de l'extrémité carpienne du cubitus.* — On ne pourrait mieux comparer l'extrémité inférieure du cubitus, qu'au bout battant d'une baguette de tambour. Véritable satellite du radius, le cubitus ne s'articule immédiatement qu'avec l'os qu'il accompagne; les os du carpe ne lui fournissent qu'une alliance secondaire, à

l'aide d'un fibro-cartilage et d'une espèce de ligament rond que tous les anatomistes connaissent ; une capsule assez lâche, mais résistante, joint articulairement le cubitus au radius dans cette région. Aussi n'est il pas étonnant de voir que le cubitus n'est susceptible de se luxer inférieurement que dans son articulation radiale. Desault, qui le premier fit connaître les luxations radio-cubitales inférieures, en a décrit deux espèces. On en admet trois aujourd'hui ; une *en avant*, ou du côté palmaire ; une *en arrière*, ou du côté dorsal, et une troisième *en dedans*, ou du côté cubital de la main. Nous étudions, par conséquent, l'avant-bras dans la supination (1).

On a lieu de s'étonner que depuis 1777, époque de la lecture du mémoire de Desault devant l'Académie royale de chirurgie, on n'ait presque pas publié de faits pour confirmer la doctrine de ce grand maître à l'égard des déplacemens cubito-radiaux inférieurs. Cela tiendrait-il à la rareté du mal ? Je ne le pense pas ; car, en peu d'années, j'ai pu en recueillir plusieurs exemples dans les hôpitaux de Paris, et même en ville. Les cas que j'ai observés étant de date ancienne, et les sujets étant par conséquent estropiés par suite de cette lésion, cela me porterait à penser que les luxations en question sont quelquefois

---

(1) On a cru voir dans un passage d'Hippocrate la connaissance, antérieure à Desault, des luxations de l'extremité inférieure du cubitus. Voici ce passage, exprimé à propos des lésions traumatiques du poignet : *Quelquefois aussi l'appendice est séparée* ; lib. *De Articulis*. M. Malgaigne qui rapporte cette phrase, dit (page 5 de son Mémoire), « que ce passage semble indiquer la luxation incomplète du cubitus, la disjonction des deux os, la luxation complète. » Pour moi, je ne peux m'empêcher de voir dans la phrase en question la *séparation traumatique de l'extrémité inférieure du radius*. En jetant, en effet, les yeux sur le texte grec, on trouve le mot *ἐπίφυσις*, répondant à celui d'appendix de la traduction latine. Je ne serais pas entré dans cette explication, si elle ne pouvait avoir de l'influence sur l'histoire des luxations du cubitus.

confondues avec d'autres altérations du poignet. Comment en effet pourrait-il en être autrement, si, dans toute déformation traumatique de cette région, l'on ne veut voir presque toujours que des fractures du radius? Applaudissons au talent des hommes qui ont appelé l'attention et répandu la lumière sur le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius, trop négligées jusqu'à ces derniers temps, mais n'omettons pas de consulter nous-mêmes, sans prévention, le livre de la nature, et de réduire par là à leur juste valeur des opinions trop exclusives sur ce sujet. L'étude spéciale que je ferai, sur le vivant et sur le cadavre, des luxations de l'extrémité inférieure du radius, jettera, je l'espère, quelque lumière sur les points les moins connus de la pathologie et du traitement de ces maladies. Cette étude doit surtout concourir à mieux établir le diagnostic différentiel des autres lésions possibles du poignet. Entrons en matière.

A. *Luxation en arrière.* — La petite tête du cubitus déchire la capsule radio-cubitale inférieure, quitte la cavité sigmoïde du radius, et se porte sur la face dorsale du poignet. Le premier malade que Desault vit à l'Hôtel-Dieu, en qualité de chirurgien en chef, avait une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière.

Deux mécanismes différens peuvent présider à la production de la luxation en question. Dans le premier, la main est tournée violemment dans une pronation outrée; le radius, en tournant de dehors en dedans, sur la petite tête cubitale, chasse celle-ci de sa cavité sigmoïde et la pousse en arrière; la capsule radio-cubitale est rompue à sa partie postérieure, et l'extrémité inférieure du cubitus vient faire saillie sur le dos du poignet, en croisant plus ou moins l'extrémité carpienne du radius. Dans le second mécanisme, c'est une violence directe, le choc d'un corps contondant, par exemple; ou bien une chute sur l'éminence hypothénar, qui frappe le cubitus du côté palmaire,

et qui le désarticule du radius en le poussant directement en arrière : la capsule articulaire peut, dans cette circonstance, être rompue des deux côtés; d'autres lésions peuvent exister en même temps dans le poignet; mais nous en parlerons plus loin. Etudions d'abord ces deux mécanismes de la luxation cubito-radiale inférieure.

Monteggia a fait remarquer (t. V.e, p. 121), contrairement à l'opinion de la plupart des anatomistes, que, dans la pronation de la main, l'extrémité inférieure du cubitus exécute un léger mouvement de rotation sur son axe au moment où le radius accomplit sa grande révolution, ou plutôt son double mouvement de circumduction et de rotation autour de son satellite. Cette opinion, basée sur une observation que je rapporterai plus bas, a été contestée dans ces derniers temps. J'applaudirais volontiers à l'objection de mon estimable confrère de Paris, M. Malgaigne, si les raisons contraires qu'il invoque (page 9 de son Mém.) me paraissaient bien fondées. J'adopte donc l'opinion de Monteggia à cet égard, non pas parce qu'elle vient d'un compatriote, mais parce qu'elle me paraît vraie et importante pour le sujet qui nous occupe. Elle avait d'ailleurs été soutenue par le célèbre Alex. Monro, d'Edimbourg (1). Voici sur quels principes cette idée repose. Si sur un cadavre vous ôtez les chairs de l'avant-bras sans toucher aux ligamens, et que vous tourniez sa main de la supination dans la pronation, et *vice versâ* (après avoir cependant fait fixer le coude sur une table, la main étant élevée, afin que l'humérus ne puisse pas rouler sur l'omoplate), vous verrez manifestement le cubitus rouler inférieurement sur son axe, en même temps que le radius. Bien que l'articulation huméro-cubitale ne semble pas de nature à pouvoir per-

(1) A. Monro, *Traité d'ostéologie et d'anatomie comparée*, traduit de l'anglais en italien, par Rognetta ; Naples, 1825, p. 230. — Cet ouvrage se trouve à la bibliothèque de l'Institut de Paris.

mettre le mouvement en question, néanmoins, lorsque l'avant-bras est fléchi et que le coude est appuyé solidement sur un corps dur, les ligamens de cette articulation sont tellement relâchés, que la partie inférieure du cubitus trouve assez de facilité pour rouler légèrement sur son axe pendant les mouvemens de pronation et de supination de la main. Tout le monde d'ailleurs peut constater sur soi-même cette vérité, en appuyant le coude sur une table et en tournant dans les sens indiqués l'avant-bras fléchi : un doigt de l'autre main, appliqué sur l'apophyse styloïde du cubitus, sent positivement cet os tourner légèrement sur son axe. De cette discussion résulte, qu'en se luxant suivant le premier mécanisme ci-dessus indiqué, le cubitus n'est pas entièrement passif. Par sa petite rotation il contribue, pour ainsi dire, à la perte de sa place, en favorisant l'action expulsive du radius.

Au moment où la pronation s'exécute, l'extrémité inférieure du cubitus est donc, non seulement poussée de bas en haut et de dedans en dehors par le radius, mais aussi la petite tête cubitale (qu'on me permette cette expression) *se révolte elle-même* dans le même sens. Delà vient que la capsule radio-cubitale de cette région doit être fortement tendue d'abord, puis doit céder du côté dorsal de la main si la pronation est portée au-delà de sa limite normale. Elle se déchire en effet sur la ligne moyenne radio-cubitale, comme l'enveloppe d'un petit grain de raisin qu'on presserait fortement entre deux doigts. Dans ce moment le côté palmaire de cette capsule se trouve grandement relâché par une raison facile à comprendre. C'est alors que l'expulsion de la tête cubitale en arrière a lieu : elle s'effectue subitement comme par l'action d'un ressort qui pousserait cet os de dedans en dehors (1). Je ne sau-

(1) *Voyez* les belles expériences de Desault à ce sujet, dans son *Journal de chir.*, t. I.er — Je viens de répéter sur le cadavre ces expériences ; elles font très-bien comprendre le mécanisme que je viens d'exposer.

rais mieux comparer ce mécanisme de la luxation en question, lorsqu'elle arrive par une violente action musculaire, qu'à celui de la luxation des vertèbres cervicales par une rotation violente de la tête. En effet, quelle différence y a-t-il pour le mécanisme, entre le cas de cette blanchisseuse de Versailles qui se luxa la petite tête du cubitus en arrière, en voulant tordre un drap (*Journ. de Desault*, t. I, p. 78), et celui de cet avocat de Paris, qui, en se retournant subitement de son fauteuil pour voir une personne qui entrait dans son cabinet par une porte placée derrière lui, se luxa les apophyses articulaires de deux vertèbres cervicales? Le glissement et le déplacement des deux parties osseuses me paraissent absolument analogues dans ces deux cas.

Il n'en est pas de même dans la luxation qui arrive suivant l'autre mécanisme. Ici tout le mouvement qui porterait le cubitus à se luxer est, pour ainsi dire, absorbé, confondu dans la violence directe et immédiate du coup qui l'expulse. Le cubitus est en quelque sorte arraché de sa jonction avec le radius. Il faut cependant admettre une espèce de rotation de dedans en dehors dans l'axe cubital, au moment du déplacement, rotation qui est tout-à-fait passive et différente de la rotation active dont nous venons de parler; sans cela on aurait de la peine à comprendre l'issue sans fracture de la tête du cubitus par le léger rebord dorsal de la cavité sigmoïde du radius. Dans l'un et dans l'autre mécanisme cependant, la physionomie du mal n'a rien de dissemblable lorsqu'il est simple.

Parmi les causes spontanées capables de produire la luxation en question, Desault et Monteggia notent la convulsion des muscles du poignet. J'ajouterai, d'après ma propre observation, l'action d'un rhumatisme aigu fixé dans cette région. Cette dernière cause peut être considérée au moins comme prédisposante à la luxation du cubitus. J'en rapporterai plus loin un exemple remarquable. A côté de cette

cause prédisposante j'en placerai une autre, c'est la traction violente et répétée à laquelle est exposé le poignet de certains ouvriers, tels que les apprêteurs de draps, les imprimeurs, etc. (1) J'ai vu un nègre, scieur de bois, dont l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras était du double plus volumineuse qu'à l'état naturel; les ligamens des articulations inférieures de ces os étaient tellement relâchés que je pouvais aisément luxer avec mes doigts le cubitus en arrière; je le replaçais avec la même facilité sans que l'individu éprouvât de la douleur.

Lorsque la luxation simple de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière arrive suivant le premier mécanisme, c'est-à-dire, par suite d'une pronation forcée de la main, le malade ressent une très-vive douleur à l'instant même de l'accident, avec la sensation d'un claquement particulier qui lui annonce que quelque chose a été déchiré dans son poignet. C'est l'effet de la rupture de la capsule cubito-radiale inférieure. La douleur continue. La main reste immobile, impuissante et comme paralysée. Le malade croit s'être cassé le poignet; il retient son avant-bras blessé avec l'autre main, et ne trouve d'autre soulagement qu'en mettant ce membre à demi-fléchi dans une position moyenne entre la pronation et la supination : les doigts sont étendus ordinairement, quelquefois mi-fléchis; la main entière est dans l'adduction. Une rougeur, une ecchymose, puis un gonflement inflammatoire, plus ou moins prononcés, s'emparent du poignet; et, si la nature du mal est méconnue ou s'il est mal traité, des abcès peuvent survenir autour du poignet; le gonflement passe à l'état chronique, les doigts restent immobiles, et le malade se trouve estropié de ce membre pour le reste de sa vie.

Si le chirurgien est appelé au moment même de l'acci-

---

(1) *Dict. abrégé des Sciences médic.*, tom. XIII, page 493, cité par M. Malgaigne.

dent, il reconnaît de suite la luxation du cubitus en arrière, aux signes suivans :

1.° Semi-pronation ou pronation complète de la main;

2.° Existence d'une tumeur osseuse, du volume d'une noix, sur la face dorsale du poignet;

3.° Impossibilité absolue de tourner la main dans la supination, l'épaule et le bras étant fixes;

4.° Rétrécissement remarquable de l'espace bis-malléolaire du poignet;

5.° Entrecroisement manifeste des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure.

Les autres signes sont communs aux entorses et aux fractures de la même région. L'observation suivante vient à l'appui des propositions qui précèdent; j'exposerai avec détail cette première observation, afin de pouvoir abréger les autres.

Obs. Ire. —Dans le courant du mois d'avril 1833, le nommé Cousin, menuisier, âgé de 68 ans, fut couché au n.° 13 de la salle Saint-Augustin, à l'hôpital de la Charité, pour une blessure du poignet gauche. Il m'a fait sur son mal la narration suivante.

Etant à percer un morceau de planche avec la pointe d'un compas, dont il se servait comme d'une vrille, la planche cassa, et sa main gauche reçut une torsion tellement violente dans le sens de la pronation, qu'il sentit (pour me servir de son expression) *son poignet s'être démis*. Douleur très-vive dans cette partie. Blessure sanglante, mais légère, dans la paume de la même main par l'échappement de la pointe du compas. La main et l'avant-bras restent immobiles entre la pronation et la supination, mais dans l'adduction. Un médecin fut appelé, il prit le mal pour une entorse (au dire du malade toujours); il pansa la plaie de la paume de la main et ordonna une application de sangsues sur le poignet. Les jours suivans, gonflement prodigieux dans tout l'avant-bras; formation et ouverture

de quelques abcès. Ce fut dans cet état que le malade entra à l'hôpital, l'avant-bras placé dans la pronation sur une palette de bois.

Malgré le gonflement considérable qui affectait encore le poignet de ce malade lorsqu'il entra à l'hôpital, je pus faire les remarques suivantes : 1° existence d'une tumeur osseuse sur le dos du poignet, assez facile à distinguer et manifestement formée par le cubitus déplacé ; 2° rétrécissement remarquable de l'espace bis-styloïdien du poignet ; 3° l'apophyse styloïde du cubitus, au lieu d'être en ligne directe avec le doigt annulaire de la main, ainsi que cela se voit dans l'état naturel, se trouvait en direction de la ligne du doigt médius ; la tête du cubitus croisait par conséquent la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius. Je crus reconnaître à ces seuls signes une luxation du cubitus en arrière.

Il fallut d'abord ne s'occuper que de l'inflammation existante ; toute tentative de réduction aurait été imprudente dans ce moment. Aussi Boyer ordonna-t-il : 1° d'envelopper la partie dans un large cataplasme émollient ; 2° de prendre un manuluve mucilagineux tiède de plusieurs heures par jour ; 3° de maintenir la partie dans un repos parfait sur une palette de bois.

Le soixantième jour après l'accident, le gonflement et la douleur étant dissipés en grande partie, j'ai pu étudier à loisir le bras du malade. Voici ce qu'il m'offrit alors.

Apophyse styloïde, ou petite tête cubitale, faisant saillie sur la partie supérieure du poignet, précisément sur l'os sémilunaire du carpe. Espace intermalléolaire radio-cubital, d'un tiers à-peu-près plus étroit que celui du poignet sain. Impossibilité absolue de ramener le membre dans la supination. Cette fonction de la main était physiquement arrêtée, bien avant que ce membre n'arrivât dans la position moyenne entre la pronation et la supination. Les doigts sont étendus et impuissans à la flexion. En embras-

sant d'une main le poignet de ce malade, de manière que les quatre doigts répondaient sur la face palmaire de la partie inférieure de l'avant-bras, tandis que le pouce de la même main pressait fortement sur la petite tête cubitale saillante, comme pour faire *déchevaucher* les deux os ensemble ; et de l'autre main ayant pris et tiré en même temps doucement la main du malade vers la supination, j'ai vu que par cette double action combinée le cubitus descendait manifestement de sa place anormale, rentrait avec une espèce de craquement dans sa position naturelle, la main et l'avant-bras revenaient dans la supination, et le poignet reprenait sa forme naturelle. Le malade éprouvait, il est vrai, quelque douleur pendant cette manœuvre que j'ai répétée plusieurs fois en présence de plusieurs personnes, mais ses doigts recouvraient sur-le-champ la faculté d'agir. A peine cependant cette espèce de coaptation était-elle ôtée, que les parties reprenaient aussitôt leur position vicieuse.

A cette époque de la maladie, Boyer crut ne devoir rien tenter pour redonner à la main de cet homme les fonctions perdues.

Il est, je crois, permis dans la république des sciences, d'avoir une opinion à soi sur les choses ; et bien qu'on m'ait dernièrement critiqué pour avoir exprimé mon sentiment avec franchise, je n'en prends pas moins pour règle le *dicam quod sentio* de l'orateur romain. On peut, je crois, sans nuire en rien à la réputation d'un grand maître, opposer opinion à opinion ; et, pour ne pas sortir de mon sujet, je vais comparer la conduite d'un chirurgien célèbre, à l'égard des luxations anciennes du cubitus, à celles d'un de ses disciples non moins célèbres.

Un malade était, depuis deux mois, traité à l'Hôtel-Dieu de Paris, comme ayant une entorse du poignet. Desault le vit et reconnut que la prétendue entorse n'était qu'une luxation du cubitus sur la face dorsale du carpe. Il rédui-

sit avec facilité l'os déplacé et fixa l'avant-bras dans la supination, à l'aide de compresses épaisses placées sur la face dorsale du cubitus et sur la face palmaire du radius; il soutint le tout avec un bandage roulé pendant un mois, et le malade guérit en recouvrant complètement les usages de son membre. (Desault, *Journ. de chir.* T. Ier).

Voici ma conséquence. *Le premier cas aurait pu, peut-être, être guéri comme le second!*

Ce point de pratique chirurgicale, concernant les luxations méconnues et anciennes du cubitus, mérite, je crois, la peine d'une discussion approfondie. Depuis que l'attention des chirurgiens a été presque toute absorbée par l'étude des fractures du radius, on a, en quelque sorte, renoncé à celle de la luxation rétro-carpienne du cubitus. Cette dernière lésion est assez souvent prise pour un symptôme passager de la première. D'autres fois elle passe tout-à-fait inaperçue à cause du gonflement qu'elle entretient dans le poignet. Mais nous avons assez longuement décrit ci-dessus les signes qui dénotent son existence. J'ajouterai maintenant à cet égard, d'après les cas que j'ai observés moi-même, que le cubitus déplacé sur la face carpienne dorsale conserve long-temps de la mobilité à cause de la place superficielle qu'il occupe (immédiatement au-dessous des tégumens), où des adhérences ne s'établissent qu'avec beaucoup de difficultés. Cette circonstance laisse, pendant plusieurs mois, l'espoir de réduire la luxation en question. Aussi ne devrait-on pas, suivant moi, renoncer à cet espoir, même après le quatrième mois de l'existence de la maladie.

Ce que je viens d'établir à l'égard de la luxation traumatique ancienne de l'extrémité inférieure du cubitus, je dois le recommander également à l'égard de celle qui est produite par une cause rhumatismale; pourvu, toutefois, qu'aucune altération organique n'existe déjà dans les surfaces articulaires. Prouvons d'abord par une observation

pratique la possibilité du fait exprimé par ces dernières assertions.

Obs. IIe — Dans le mois de mars dernier, la femme Spanier, âgée de 46 ans, domestique, fut couchée, pendant trois jours seulement, au n.° 1 *bis*, de la salle St.-Côme de l'Hôtel-Dieu, pour être traitée d'une affection du poignet gauche. Ce poignet ne présentait d'autres lésions qu'une maigreur extrême et une luxation en arrière de l'extrémité carpienne du cubitus. Le déplacement et les symptômes qui l'accompagnaient étaient chez cette femme des plus caractéristiques : doigts étendus et à peine mobiles ; Main dans la pronation ; supination impossible ; absence de douleurs ; tumeur osseuse, produite par la tête du cubitus sur le poignet, etc. Le mal existe depuis quatre mois. La malade assure n'avoir fait aucune chute ni souffert aucune violence dans cette partie. Cet état est survenu, dit-elle, à la suite d'un rhumatisme aigu, fixé dans le poignet. Des traces de rhumatisme existent, en effet, dans d'autres articulations de cette malade.

Ayant essayé de réduire le cubitus de cette femme par la même manœuvre que j'ai exposée dans l'observation précédente, la chose m'a été très-facile : le cubitus étant très-mobile, malgré sa luxation de quatre mois, je pouvais aisément redonner momentanément la liberté des mouvemens à la main, en la tournant dans la supination après avoir replacé le cubitus. Le tout se passait presque sans douleur. Les parties reprenaient leur position vicieuse aussitôt que mes doigts avaient cessé de les retenir. Cette malade a été vue par M. Breschet.

Mon opinion à ce sujet est, ainsi que je viens de le dire, qu'on doit dans ces cas remettre l'os à sa place, l'y fixer pendant long-temps à l'aide d'un appareil convenable, et maintenir l'avant-bras dans la supination complète, position qui favorise le parallélisme des deux os. Voici sur

quelles données je fonde la possibilité de la guérison dans ces cas.

A la suite d'un abcès varioleux à l'épaule, Imbert vit le bout scapulaire de la clavicule se luxer spontanément en haut; il réduisit les parties, les retint pendant long-temps solidement réduites, à l'aide d'un appareil convenable et le malade guérit sans difformité (*Journ. de méd.* T. 58). Manzotti observa le déplacement du cartilage de la troisième vraie côte en avant du sternum, par suite d'un ulcère syphilitique sur cette partie; la réduction fut faite et la guérison eut lieu. (*Dissertazioni chirurgiche*, pag. 112.). Je pourrais citer d'autres faits analogues à l'appui de la thèse que je soutiens.

J'ai dit plus haut que la luxation cubito-carpienne dorsale était quelquefois le résultat d'une violence directe qui agissait immédiatement sur le cubitus sans le fracturer. En voici un exemple.

Obs. IIIe. Dans le mois d'avril dernier, j'ai observé avec M. Hyppolyte Larrey, à l'hôpital des Invalides, deux jeunes militaires, couchés dans deux lits successifs, qui présentaient tous deux la même lésion, la luxation du cubitus en arrière, par suite d'une blessure d'arme à feu dans la région carpienne palmaire. Les plaies avaient été cicatrisées, mais le cubitus était resté luxé sur le dos du poignet.

Je ne terminerai ces réflexions sur les luxations chroniques du cubitus, sans faire remarquer que, dans tous les cas de ce genre que j'ai observés, la tête et l'apophyse styloïde de cet os avaient acquis un développement assez considérable. Ces parties m'ont constamment paru plus ou moins hyperostosées. Ceci n'étonnera personne quand on réfléchira que tout os superficiel qui a perdu une partie des tissus qui le retenaient en place, s'hypertrophie plus ou moins. M. le professeur Roux a plusieurs fois fait cette remarque à l'égard des os de la face. Je citerai entre autres les cas d'une jeune fille et d'un jeune garçon qui avaient perdu une

grande partie des chairs de la figure et auxquelles ce chirurgien pratiqua avec succès la *restauration faciale*. Les os de ces deux malades étaient sensiblement hypertrophiés, ils reprirent avec le temps leurs dimensions naturelles par la simple couverture qu'on leur fournit.

Quant à la luxation récente du cubitus en arrière, je n'aurai rien autre chose à ajouter. Je me contenterai seulement de rappeller un fait qui renferme à lui seul tout ce qu'il faut savoir pour bien traiter cette maladie. Le voici.

Obs. IV.* — Un enfant, âgé de 5 ans, fut soupçonné d'avoir une fracture à l'avant-bras par l'occasion que voici. Etant couché sur un lit fort bas, un jeune homme, âgé de 18 ans, badinant avec lui, le saisit par la partie inférieure de l'avant-bras, tira cette extrémité à lui, en la tournant avec violence dans la pronation. L'effort fut accompagné de bruit, et le blessé ressentit aussitôt une vive douleur à toute l'extrémité supérieure, mais principalement le long de la partie postérieure de l'avant-bras.

Lorsque le chirurgien fut appelé, il n'y avait point encore de gonflement; le bras était éloigné du tronc et porté un peu en avant, et l'avant-bras à demi fléchi entre la pronation et la supination. Il y avait à la partie inférieure de celui-ci, en arrière, une tumeur contre-nature, formée par la tête du cubitus, portée derrière la cavité sigmoïde du rayon. La main était un peu étendue et dans l'adduction. Le malade gardait constamment cette situation qui était la moins douloureuse, et aussitôt qu'on la changeait ou qu'on touchait la partie malade, il donnait des signes de la plus vive douleur. Dès lors, la nature du mal ne fut plus douteuse; la tête du cubitus était manifestement luxée en arrière.

On procéda à la réduction de la manière suivante : un aide ayant fixé la partie inférieure du bras malade, le chirurgien saisit avec les deux mains l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de manière que l'une en embrassait le côté

interne et l'autre le côté externe, et que, par devant, les pouces répondaient à l'intervalle du rayon et du cubitus; les autres doigts répondaient en arrière. L'intention du chirurgien était d'écarter les deux os de l'avant-bras l'un de l'autre, afin de les mettre de niveau, tandis qu'il faisait un effort suffisant pour mettre l'avant-bras en supination et dans le sens opposé à la force qui avait produit le déplacement. La réduction fut accomplie en un instant. Bandage roulé. Guérison. (Desault. *Mém. cité*).

Si l'on a bien compris toute la doctrine et les préceptes importans de pratique que renferme l'observation précédente, on aura, avec raison, je crois, lieu d'être étonné lorqu'on lit dans le bel ouvrage de sir A. Cooper (*On dislocations*, etc., p. 469) « Qu'on accomplit la réduction de cette luxation en pressant l'os en avant, ce qui porte le cubitus dans son articulation naturelle. » On ne conçoit pas comment, en pressant simplement la tête du cubitus, on pourrait faire *déchevaucher* cet os de dessus le radius, et redonner au membre sa position de supination, conditions indispensables pour que la réduction puisse avoir lieu.

Monteggia, enfin, fait observer (*vol. cité*, pag. 124) que, pour réduire la luxation cubito-radiale postérieure, toute extension du membre est inutile; il suffit, en effet, qu'un aide assure l'avant-bras et le bras supérieurement; le reste, c'est le chirurgien lui seul qui l'accomplit : tout le secret consiste à faire rouler l'avant-bras dans la supination, au moment où l'on fait écarter le cubitus du radius; l'os se réduit alors de lui-même par la rotation qu'on fait subir au radius,

B. *Luxation en avant.* — C'est lorsque l'avant-bras se trouve violemment porté dans une supination outrée, que l'extrémité inférieure du cubitus quitte la cavité sigmoïde du rayon pour se porter sur la face antérieure du poignet et faire saillie sur la partie supérieure palmaire des os du carpe. Cette luxation simule plus que toute autre la luxation du

poignet en avant, ainsi qu'on va le voir par une observation de Palletta. Lorsque la luxation cubito-radiale palmaire inférieure a lieu et qu'elle est méconnue, la main reste toujours dans la supination et perd la plus grande partie de ses usages. La raison de ce fâcheux résultat, c'est que la plupart de nos mouvemens manuels, dans la préhension surtout, s'exécutent, la main étant en pronation. D'après cette dernière considération, le pronostic de la luxation en question est plus grave que celui de la précédente.

Jusqu'à l'époque de la publication de l'ouvrage de Palletta, la science ne possédait que deux seuls cas de luxation *simple* de l'extrémité inférieure du cubitus en avant : l'un était celui que Desault rencontra sur le cadavre d'un homme et qui forme la première observation de son mémoire ; l'autre, celui que Boyer réduisit, en 1791, sur une femme (T. IV, pag. 253). Le chirurgien italien en a ajouté un troisième qui, à cause de son importance, mérite d'être ici traduit.

Obs. V.e — « En 1794, j'ai enlevé l'avant-bras et la main du cadavre d'un homme mort dans cet hôpital, qui présentait la luxation du poignet en avant, de manière que sa base offrait une certaine saillie en dedans, et une dépression ou cavité très-manifeste du côté opposé ou sur le dos de la la main. La main entière était fléchie un peu en dehors.

Quoique cette lésion ne semblât pas médiocre, néanmoins les mouvemens de flexion et d'extension étaient possibles, comme si l'articulation du carpe ne manquait pas entièrement.

Les tendons des muscles extenseurs des doigts étaient fortement tiraillés. Ceux des fléchisseurs l'étaient également en formant sur le talon saillant du carpe comme une sorte de pont.

Du reste, ainsi que je l'ai déjà dit, la mobilité ne manquait pas au carpe ni à la tête du cubitus, bien que le ligament orbiculaire fut plus épais qu'à l'ordinaire, et que

les petits ligamens qui joignent le radius et le cubitus au carpe fussent devenus presque de nature muqueuse, et indiquassent la formation prochaine d'une ankylose.

Dans l'examen attentif que nous fîmes de cette partie, ce qui nous parut fort singulier, c'est que le carpe, que l'on croyait déplacé, ne l'était point : il conservait presque tous ses rapports naturels avec le radius.

La même extrémité des os de l'avant-bras, qui semblait rejetée en arrière au même degré, ne l'était point ; et ce qui, au premier coup-d'œil, semblait une demi-luxation du carpe, ne l'était point en réalité. *Cette apparence dépendait de l'extrémité inférieure du cubitus qui était déplacée en avant, de manière à encombrer tout le carpe.*

Comme l'extrémité inférieure du cubitus fournit un appui à plusieurs tendons des muscles très-forts des doigts et de la main, il est permis de soupçonner que la main ne peut que difficilement être déplacée. Aussi pensons-nous, avec raison, que les luxations du carpe ne peuvent jamais être complètes. Nous avons plusieurs fois, dans les affections récentes du carpe, rencontré sur le vivant la même extrémité du cubitus déplacée en avant, de sorte que l'on dirait que le cubitus fait l'office d'une sentinelle prête à empêcher la main de se luxer » (1).

Je ne sache pas qu'il existe d'autres faits publiés de luxation cubito-radiale inférieure *simple*. M. A. Cooper rapporte, il est vrai, quelques cas de ce genre, mais ils sont tous compliqués de plaie avec sortie des os, ou bien d'autres lésions du carpe dont nous devons parler plus loin. Nous aurons plus tard l'occasion de revenir sur cette intéressante observation de M. Palletta. Disons en attendant :

1.° Que la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus

(1) Palletta, *Exercitationes anatomicæ*. Mediolani, 1820, in-4.°, page 87.

en avant peut arriver, soit par une violente torsion de la main dans le sens de la supination, soit par une chute sur l'éminence thénar de la main. C'est ce qui résulte de l'observation de Boyer et des expériences faites par Desault sur le cadavre.

2.° Que le diagnostic de cette luxation est un peu plus obscur que celui de la luxation précédente, à cause des parties fibro-tendineuses très-épaisses qui cachent de ce côté la tête du cubitus déplacée, et de l'apparence singulière que la main présente, comme s'il existait réellement une luxation du carpe en avant. Il suffit d'être prévenu de cette erreur pour l'éviter.

3.° Enfin, que la réduction de ce déplacement doit s'opérer en agissant dans un sens inverse de celui que nous venons de décrire pour la luxation du même os en arrière. On pourra, dans ce cas, se régler d'après l'observation citée de Boyer. Il est à regretter que Palletta ne nous ait pas transmis les résultats de son expérience à l'égard de la luxation en question qu'il dit avoir rencontrée plusieurs fois sur le vivant. Il serait à désirer que ceux qui ont observé des cas de cette nature voulussent bien les publier. Mais le fait de Palletta me fait bien soupçonner qu'attendu les apparences que le mal présente, on l'a le plus souvent confondu avec d'autres affections du poignet. De là peut-être la rareté des faits de ce genre.

C. *Luxation en dedans.*—Entrevue par J. L. Petit, signalée assez clairement par Monteggia, mentionnée par M. Malgaigne, la troisième espèce de luxation de l'extrémité inférieure du cubitus constitue une maladie fort rare. Elle consiste dans le glissement de la petite tête cubitale en dedans et un peu en avant, c'est-à-dire, que cette partie de l'os quitte la cavité sigmoïde du radius pour ne s'arrêter que sur le bord interne ou inférieur de cette même cavité. C'est là une véritable diastase, une désarticulation des os de l'avant-bras, ou plutôt une luxation moyenne entre la

postérieure et l'antérieure du cubitus que nous venons de décrire. Cette luxation est confondue par quelques praticiens avec ce déjettement en dedans de la malléole cubitale, qui arrive par suite de certaines fractures du radius. Ces deux lésions cependant forment deux maladies tout-à-fait distinctes : dans la première, il y a une véritable désarticulation de la partie inférieure des os de l'avant-bras, tandis que dans la seconde la tête cubitale n'a pas quitté la cavité sigmoïde du radius. On pourrait, je crois, sans exagération, comparer cette luxation au demi-déplacement de la tête de l'humérus en avant. Comme je ne sache pas qu'on ait encore publié aucune observation de cette espèce de déplacement *à l'état simple*, je vais exposer avec détails le seul fait que j'aie observé jusqu'à ce jour.

V.ᵉ Obs. — Elisa Martinet, âgée de 21 ans, blanchisseuse, mariée, entra, le 26 octobre 1833, à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Saint-Jean, N.° 14, pour être traitée d'une prétendue luxation du poignet qu'elle venait d'essuyer depuis trois jours. Son poignet était, en effet, difforme, rouge, excessivement douloureux et impossible à mouvoir : l'avant-bras restait dans la pronation complète sur un oreiller. Cette femme nous fit d'abord sur l'origine de son mal le récit suivant :

Etant à la rivière à battre le linge avec un gros battoir en bois, elle dit s'être donné *un faux coup* au poignet dans l'acte de frapper, avec ce battoir : elle sentit immédiatement quelque chose *claquer* dans son poignet ; la douleur fut excessivement vive, et la main devint sur-le-champ impuissante et difforme. C'est là la narration de la malade.

Dans le premier examen que je fis de cet avant-bras, je vis en effet quelque chose de déplacé dans sa partie inférieure, mais le gonflement et la douleur m'empêchèrent d'abord de me former une idée claire et précise sur la nature du mal. Trois jours d'applications résolutives sur la partie nous mirent en état de mieux en juger. Voici ce que nous y remarquâmes :

L'extrémité inférieure du cubitus fait évidemment une saillie en dedans du poignet et un peu en avant, c'est-à-dire qu'elle se présente sous forme d'une noix sur le bord cubital du petit doigt. Cette tumeur est mobile sous l'impulsion alternative de deux doigts appliqués sur elle, quoique avec douleur. L'espace bis-styloïdien, ou inter-malléolaire du poignet, est de cinq à six lignes plus large que l'autre. La supination de la main est impossible; l'avant-bras reste dans la pronation complète. Les doigts sont étendus; leur flexion est impossible. Existence d'un léger enfoncement sur le côté dorsal du poignet, à l'endroit ordinaire de l'éminence styloïde du cubitus. Saillie légère du poignet en arrière; main tout entière légèrement portée du côté radial, ainsi que cela se voit dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du rayon. L'examen attentif des deux os de l'avant-bras ne fait découvrir aucune espèce de fracture. J'ajouterai qu'en embrassant de ma main le poignet de cette malade, de manière que le radius appuyât sur la paume de la main, le pouce appliqué sur la tumeur, et les quatre autres doigts sur la face dorsale de la partie malade, j'ai pu, en pressant fortement ainsi la tumeur, comme pour la faire rouler et remonter à sa place, j'ai pu, dis-je, faire disparaître en grande partie le déplacement, et redonner momentanément à la main sa position de supination. Il fut dès-lors évident pour moi qu'il s'agissait de la luxation du cubitus *en dedans*, signalée par Monteggia. Mon jugement ne reçut pourtant pas d'abord l'assentiment de M. le professeur Dupuytren. En voyant cette malade, il crut apercevoir au premier coup-d'œil une fracture de l'extrémité inférieure du radius, que le gonflement des parties empêchait de bien diagnostiquer. Mais un examen plus réfléchi fit, les jours suivans, reconnaître à ce grand chirurgien un déplacement articulaire des os de l'avant-bras. Les idées de Monteggia sur ce sujet, que je rappelai à M. Dupuytren, furent accueillies avec bienveillance par ce praticien : l'épreuve

que je fis en sa présence sur cette malade, de la possibilité de ramener le cubitus à sa place naturelle par la manœuvre que j'ai décrite plus haut, finit par donner la conviction de l'existence de la luxation du cubitus *en dedans*. Dans les leçons consécutives que M. Dupuytren fit au sujet de cette malade, il considéra le cas comme une luxation telle que nous venons de la décrire. L'avant-bras a été moulé en plâtre, et la pièce est déposée dans le cabinet anatomique de l'Hôtel-Dieu.

On songeait aux moyens propres de réduire et de maintenir réduit le cubitus de cette femme, lorsqu'elle nous apprit que sa luxation datait de plusieurs années. Le dernier accident n'avait donc été qu'une espèce d'entorse sur un avant-bras déjà estropié. La lésion qu'elle nous offrit cependant n'a pas été moins intéressante pour nous que si elle eût été récente.

Plusieurs circonstances rendent cette observation digne de remarque : 1.° L'agrandissement du diamètre bis-malléolaire du poignet, et l'état de pronation complète dans laquelle le membre était forcé de rester : ces deux signes sont des plus précieux pour distinguer la luxation en question de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il est vrai que, dans certaines fractures de cette région, le poignet présente à-peu-près les mêmes apparences, mais outre que dans la fracture, ces symptômes ne sont pas aussi prononcés, il n'est pas difficile ordinairement de rendre au membre sa forme naturelle en réduisant les fragmens; et, de plus, l'avant-bras ne reste pas dans la pronation forcée comme dans le cas ci-dessus. 2.° L'espèce d'enfoncement qui existe à l'endroit occupé ordinairement par l'apophyse styloïde du cubitus, pourrait devenir un signe caractéristique de la luxation s'il était confirmé. 3.° La mobilité du cubitus déplacé depuis plusieurs années : ceci confirme ce que nous avons déjà avancé dans les pages qui précèdent; savoir, que la tête du cubitus luxée acquiert difficilement des adhérences, à cause de la

situation superficielle ou de l'amincissement des parties molles qui la couvrent ; ajoutez à cela que les mouvemens continuels de la main et de l'avant-bras doivent aussi être un obstacle à l'établissement de ces adhérences. 4.° Enfin, si l'état de pronation de la main était confirmé par d'autres faits analogues, la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus *en dedans* ne pourrait pas être considérée comme une variété de la luxation de la même partie *en avant ;* car dans ce dernier cas l'avant-bras se trouve au contraire dans la supination forcée. D'après les considérations qui précèdent, on est obligé de convenir que la luxation dont nous venons de parler forme une espèce à part, différente des deux autres décrites ci-dessus, tout comme le demi-déplacement de l'humérus décrit par sir A. Cooper constitue, avec raison, une espèce de luxation particulière qu'on avait cru impossible autrefois. Quant à l'action des causes productrices de ce mal, je pense que c'est dans l'acte d'une pronation forcée que le déplacement doit s'opérer, attendu la position dans laquelle le membre de la malade ci-dessus se présentait. Il faut admettre pourtant une direction toute spéciale de la force luxante; car, sans cela, la tête du cubitus se luxerait plutôt en arrière, ainsi que nous l'avons vu précédemment. D'ailleurs, une chute sur le talon de la main pourrait peut-être aussi quelquefois produire le même effet. Le pronostic n'a rien ici de particulier qui n'ait été exposé précédemment.

La réduction de la luxation dont nous traitons peut, je crois, s'accomplir à l'aide de la manœuvre que nous venons d'indiquer dans l'observation qui précède. Il faut cependant s'opposer à la tendance très-grande qu'a, dans ce cas, la tête du cubitus de se déplacer de nouveau ; pour cela, des compresses en plusieurs doubles devraient être placées artistement sur le côté d'où l'os a de la tendance à s'échapper ; d'autres compresses seraient aussi au besoin placées sur la face opposée du radius ; on serrerait le tout convena-

blement avec une bande; une attelle de bois et un paillasson du côté du cubitus rendraient encore le déplacement consécutif plus difficile. C'est là à-peu-près le bandage conseillé par Monteggia pour cette luxation.

§. II. *Luxations compliquées de l'extrémité inférieure du cubitus.* — Deux sortes de complications peuvent se joindre à la luxation cubito-carpienne : ou le déplacement est compliqué de plaie extérieure communiquant avec les parties luxées, ou bien il est combiné à une fracture plus ou moins grave de la même partie. Ces deux sortes de lésions peuvent aussi quelquefois exister ensemble avec la luxation.

A. Lorsque la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus se trouve compliquée de plaie des tégumens qui couvrent l'os déplacé, c'est ordinairement en arrière ou sur le dos du poignet que la tête cubitale se déplace : rien n'empêche cependant qu'elle ne se dévie dans tout autre direction. La fig. 1.re de la planche 28.e de l'ouvrage de M. A. Cooper, me paraît représenter une luxation de la tête du cubitus *en dedans* avec fracture du radius, bien que l'auteur l'ait donnée comme un cas de luxation en avant. Une violence très-forte du poignet par l'action d'une mécanique, une chute sur la main, une pression très-forte entre le coude et le poignet, comme lorsqu'on veut se défendre contre l'action d'une voiture qui nous presse étroitement contre un mur, etc., telles sont les causes ordinaires capables de produire la luxation du cubitus avec complication de plaie. On regarde, avec raison, comme très-grave le cas dont nous parlons. Mais cette gravité n'est pas exclusive au poignet seulement; elle appartient à tous les cas de luxation dans lesquels l'articulation communique avec l'air extérieur par une plaie contuse et déchirée. Une luxation du pied avec ouverture extérieure de l'articulation, est-elle moins grave ?

Se fondant sur le précepte d'Hippocrate qui dit, que si

l'on réduit les déplacemens du poignet accompagnés de plaie, *hominem paucis diebus interiturum, tali genere mortis quale supra posuimus* (c'est-à-dire, dans les convulsions ou bien par la gangrène), quelques chirurgiens ont établi qu'il fallait dans ces cas amputer le membre de prime-abord, ou bien pratiquer la résection du cubitus, si le malade se refuse à l'amputation. Hippocrate de son côté voulait au contraire qu'on ne fît aucune tentative, et qu'on abandonnât le tout à la nature; il assure qu'à la longue le malade guérit, bien qu'estropié : *Sed si nemo hæc, vel reposuerint vel reponere tentarit, longe sæpius liberatur.* (*De Art.*). Ces deux partis nous paraissent également extrêmes pour le cas dont il s'agit.

Si j'avais à traiter une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus compliquée de plaie, voici quelle serait ma conduite : j'examinerais si le délâbrement des parties n'est pas tellement grand qu'il rende impossible et dangereuse la conservation du membre. Dans le cas contraire, je ferais tous mes efforts pour réduire l'os luxé, d'après les règles de l'art; je réunirais la plaie par première intention, et j'exposerais le membre à un courant continuel d'eau froide, d'après les principes que j'ai exposés dans un autre mémoire (*Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1834). J'ai une telle confiance dans l'efficacité de ce dernier moyen, que je crains fort peu les accidens consécutifs du cas dont nous parlons. L'appareil et la position du membre blessé devraient, dans cette circonstance, être établis d'après les préceptes exposés dans le paragraphe précédent. Une femme qui avait eu la petite tête du cubitus luxée au côté interne du poignet, avec sortie de cet os à travers une plaie, ayant été traitée d'après ces principes ou à-peu-près, guérit sans difformité. (A. Cooper, p. 470). Il est vrai que, dans d'autres occasions analogues, la même conduite n'a pas eu un résultat aussi satisfaisant, car des accidens consécutifs graves ont réclamé plus tard l'amputation de l'avant-bras;

vingt fois, examiné son membre durant son séjour dans ce lieu. Après la guérison, sa main se présentait dans une *intro-version* ou adduction très-marquée avec enfoncement très-notable à l'endroit de la tête du cubitus, occupé par l'ancienne cicatrice de la blessure. C'était là une espèce de déviation analogue à un pied-bot interne accidentel; mais l'homme *se servait parfaitement de cette main*; il continue à exercer sa profession de tonnelier sans aucune gêne. Ceci n'a rien qui doive étonner quand on se rappelle que la main ne s'articule principalement qu'avec le radius, et que dans l'état normal elle est un peu inclinée du côté cubital.

L'observation que nous venons de rapporter n'a, peut-être pas, sa pareille dans les fastes de la science. Elle nous démontre: 1° qu'on peut hardiment imiter la nature en réséquant le cubitus dans les cas où cet os est irréductible et avec plaie; 2° que cette résection n'entraîne presqu'aucun dérangement dans les fonctions de la main, si l'on excepte une très-légère déviation de ce membre; 3° enfin, que la plaie de l'opération se guérit très-promptement, et que l'on pourrait prevenir l'intro-version de la main à l'aide d'un appareil convenablement placé pendant et après le traitement, de manière à tirer la main du côté radial: la cicatrice pourrait, jusqu'à un certain point, remplacer l'os enlevé.

Je sais bien cependant que pour rejeter la résection dans les cas de ce genre, l'on oppose l'observation d'une vieille femme, couchée au n.° 11 de la salle Saint-Come, à l'Hôtel-Dieu, à laquelle, il y a deux ans, l'on pratiqua la résection du cubitus avec un résultat très-peu satisfaisant. Mais si l'on considère: 1° que, dans ce cas, l'avant-bras était comme écrasé, le radius étant fracturé comminutivement, et le cubitus sortant par une large plaie; 2° que la résection n'a été pratiquée sur cette vieille femme, que lorsque les symptômes inflammatoires et gangréneux s'étaient en partie déclarés; et en outre, qu'on ne l'a pratiquée que

parce que la malade s'était refusée à l'amputation, manifestement indiquée par la gravité du désordre ; 3° enfin, qu'à cette époque l'on ne connaissait pas le moyen propre à prévenir les accidens consécutifs dans les écrasemens des membres, (l'arrosion d'eau froide), l'on conviendra que cette observation n'est d'aucun poids contre l'opération que nous soutenons ici. Nous pourrions d'ailleurs opposer aussi de notre côté des cas de poignets et d'avant-bras fracassés, qui ont guéri sans lésion très-notable des fonctions de cette partie. (V. *Mém. de l'Académie roy. de chir.* T. II, pag. 529, 530. In-4°). Lorsqu'on songe à la haute importance des fonctions de la main, que Galien appelait à juste titre *organon ante omnia organa,* l'on ne saurait trop faire d'efforts pour sa conservation, dans tous les cas de blessure où cette conservation ne paraît pas impossible ou dangereuse.

B. Enfin, si la luxation du cubitus est compliquée de fracture, la conduite à suivre est déterminée par les conditions de cette dernière lésion. Si la fracture existe sur la partie inférieure du cubitus luxé, et qu'il y ait en même temps une plaie, comme dans le cas de la dernière observation, le meilleur parti à prendre c'est d'exciser le fragment inférieur de la fracture, qui pourrait être cause d'accidens, et de traiter le reste d'après les principes que nous venons d'exposer. La réduction serait ici difficile et peut-être même dangereuse. Il est à peine nécessaire de dire que la fracture, dans ces cas, est toujours consécutive à la luxation. Si la luxation et la sortie en dehors du cubitus se trouve combinée à la fracture comminutive du radius, comme dans le fait de l'Hôtel-Dieu ci-dessus cité, le cas est très-grave, et il me paraît impossible de poser des règles invariables relativement à la conduite à tenir dans cette circonstance : je dirai seulement que si le sujet est jeune et de bonne constitution, et que le délâbrement des parties ne soit pas extrême, il faut lui épargner l'amputation : on débridera

la plaie suivant les règles de l'art, on réséquera le cubitus, on extraira toutes les esquilles, et l'on exposera le membre à un courant d'eau froide, etc. Que si, au contraire, la luxation du cubitus n'était compliquée que de la fracture de l'extrémité inférieure, sans plaie, la réduction dans ce cas est assez difficile, surtout si la fracture est oblique; il faudra s'efforcer de réduire l'une et l'autre de ces lésions d'après les règles exposées, et d'assujettir le membre dans une bonne position. Mais si l'os luxé ne pouvait rentrer sans exposer le membre à des violences dangereuses, je pense qu'il serait plus prudent de réduire simplement la fracture, et de tenir la partie dans une position convenable, afin que les fonctions de la main ne soient pas entièrement abolies, et que le membre reste le moins difforme possible. J'ajouterai pourtant à l'égard du dernier cas que, lorsqu'avec la fracture du radius la tête luxée du cubitus se trouve tellement faire saillie sous la peau du dos de la main que la rupture spontanée des tégumens paraisse inévitable, j'aimerais mieux, dans ce cas, suivre les mêmes préceptes que j'ai établis à l'égard des luxations de l'astragale (c'est-à-dire, inciser avec le bistouri les parties molles, et enlever la partie osseuse), que d'attendre les suites fâcheuses de cette ouverture spontanée.

Deux préceptes de pratique, qui sont communs à tous les cas de luxations compliquées du cubitus que nous venons de passer en revue, sont les suivans : 1.° prévenir l'ankylose du poignet, en exerçant de bonne heure des mouvemens passifs dans son articulation avec les os de l'avant-bras; 2.° tenir l'avant-bras dans la pronation si l'ankylose de la main est inévitable, par la raison qu'une main ankylosée dans la pronation est plus utile que lorsqu'elle l'est dans la supination.

J'ai fait observer ailleurs qu'après les ankyloses de l'articulation tibio-tarsienne, la nature, pour favoriser les mouvemens du pied, opérait une espèce d'anamorphose admi-

rable dans les articulations inférieures à celles qui étaient ankylosées; c'est-à-dire, que les articulations tarso-tarsiennes et tarso-métatarsiennes deviennent excessivement mobiles et remplacent, jusqu'à un certain point, celle qui est ankylosée. En arrive-t-il autant aux articulations du poignet? L'observation ne nous a pas encore suffisamment instruits sur ce sujet. Dans tous les cas, les mouvemens passifs que nous recommandons ne peuvent qu'être fort utiles pour l'exercice des fonctions de la main.

(La suite au prochain Numéro.)

Note sur un cas de grossesse tubaire, avec quelques observations sur une cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme; par le D.r OLLIVIER *(d'Angers).*

Lorsque la grossesse ovarique ou tubaire détermine une hémorrhagie mortelle, c'est le plus souvent par suite de la rupture ou déchirure du kyste fœtal, dont les parois, n'ayant qu'une extensibilité bornée, ne peuvent suffire à l'ampliation de plus en plus grande que nécessite le développement de l'embryon et de ses annexes. Il en résulte que c'est ordinairement à une époque un peu avancée de la gestation que surviennent ces ruptures, et qu'il est rare de voir une grossesse tubaire, datant seulement de quelques semaines, causer la mort de cette manière. Mais une hémorrhagie interne, provenant d'une source différente, quoique également inaccessible aux ressources de l'art, peut aussi avoir lieu dans ce dernier cas. Le fait que je vais rapporter en offre un exemple remarquable, et prouve en même temps, contre l'opinion de Levret, Hartmann, Bertrandi, etc., et surtout de Chaussier, que dans la grossesse tubaire, l'utérus ne présente pas constamment un degré de développement qui coïncide avec l'époque de la con-

ception, que sa cavité n'est point toujours alors dilatée en proportion, ni tapissée par une membrane caduque.

Observation I.re — *Grossesse tubaire. Plexus de veines variqueuses dans l'épaisseur du ligament large; rupture d'une de ces veines; mort au bout de sept heures.* — Pierrette Vincent, âgée de 28 à 29 ans, depuis long-temps dans un état valétudinaire, éprouva une perte vers le commencement d'avril, pour laquelle elle alla consulter un charlatan le 24 du même mois; celui-ci lui donna des pilules composées de terre bolaire et d'extrait de ratanhia, ainsi que l'analyse l'a démontré. Malgré l'usage de ce médicament, la perte n'en continuait pas moins, quand elle ressentit tout-à-coup, le 9 mai dernier, à deux heures de l'après-midi, des douleurs de ventre avec hoquet, syncopes, vomissemens, froid des extrémités, décoloration de la peau, en un mot tous les symptômes d'une hémorrhagie interne. Ces accidens persistèrent nonobstant tous les moyens qu'on employa pour les combattre, et la fille Pierrette Vincent succomba le soir même à neuf heures.

La rapidité de cette mort, qui coïncidait avec l'administration des pilules vendues par un charlatan, ayant fait penser qu'une terminaison aussi promptement funeste pouvait avoir été déterminée par le médicament prescrit, je fus chargé par M. le procureur du roi, conjointement avec M. le docteur Boys de Loury, de procéder à l'ouverture du cadavre, opération qui fut faite le lendemain 10, à six heures du soir.

Autopsie. — Décoloration générale de la peau, peu d'amaigrissement. Ventre énormément tuméfié, mais particulièrement dans la région hypogastrique qui fait une saillie conoïde très-prononcée. En incisant les parois abdominales, il s'écoule une quantité considérable de sang noir liquide, encore tiède. Tous les intestins, distendus par des gaz, sont soulevés par une masse énorme de sang coagulé qui remplissait toute l'excavation du bassin, formant

un caillot dense et noirâtre, encore chaud, du poids de quatre livres environ. Au-dessus de l'ovaire droit nous trouvâmes une tumeur ovoïde, longue de deux pouces et demi à trois pouces, d'un pouce et demi de diamètre environ, dirigée transversalement, de couleur brunâtre, contenue dans la trompe de ce côté, qui était ainsi fort élargie. Du côté de son extrémité libre, c'est-à-dire, du pavillon, cet orifice, complètement fermé, était remplacé par un petit prolongement conique qui semblait être formé par la réunion de toutes les dentelures du pavillon qui adhéraient entre elles, sorte de cicatrice rayonnée dont la disposition était assez analogue au froncement de l'enveloppe de l'extrémité d'un saucisson. Du côté de l'utérus, le reste de la trompe, dont la longueur était d'un pouce environ, après s'être rétrécie progressivement, conservait le volume d'une plume ordinaire. Le conduit de cette trompe était libre, et plus dilaté que celui de la trompe gauche.

Vers le milieu de la longueur de la tumeur qui vient d'être décrite, et à travers l'épaisseur de son enveloppe séro-fibreuse, on remarquait dans l'étendue circulaire d'une pièce de cinquante centimes environ, une teinte bleuâtre plus foncée, évidemment formée par un liquide coloré, immédiatement sous-jacent, dont on sentait très-bien la fluctuation. Je pratiquai une incision dans toute la longueur de la tumeur, et je mis ainsi à découvert une masse spongieuse, d'un brun-rougeâtre, analogue au placenta par son aspect charnu, sa consistance et son aspect vasculaire. A-peu-près à la partie moyenne de cette masse spongieuse, on remarquait une ampoule membraneuse, affaissée sur elle-même, formée par une lame excessivement mince, transparente, que soulevait un liquide rougeâtre et limpide. Au milieu de ce liquide nageait un petit corps blanchâtre. J'incisai avec beaucoup de précaution la lamelle membraneuse qui formait l'ampoule, et je reconnus très-manifestement dans le corps blanchâtre que contenait

cette cavité, un embryon, aplati latéralement, dont le développement était celui qu'on observe à quatre ou cinq semaines de conception. Je ne trouvai aucun vestige de vésicule ombilicale : le cordon était filiforme, sans renflemens dans son trajet. Ainsi, la membrane que j'avais incisée n'était autre que l'amnios, probablement doublée du chorion, enveloppée incomplètement par le placenta, dont la configuration résultait de celle de la cavité qui le contenait, et sur laquelle il s'était moulé : il n'adhérait que faiblement aux parois de la trompe élargie. Il me fut impossible d'étudier les diverses parties de cet œuf, car la déformation qu'elles avaient éprouvée en se développant dans la trompe avait altéré tous leurs rapports.

L'ovaire droit, plus volumineux que le gauche, était surmonté par une large vésicule, à parois opaques, un peu affaissées sur elles-mêmes, contenant un liquide glaireux, blanchâtre, au centre duquel était une matière jaune, concrète, très-distincte.

L'utérus n'offrait pas un développement correspondant à celui de l'œuf que renfermait la trompe; le volume de son corps ne nous a pas paru plus considérable qu'il ne l'est dans l'état normal, mais le col était très-alongé, sa cavité plus ample, remplie d'un mucus rougeâtre. Les parois de cet organe avaient peu d'épaisseur, elles n'étaient pas injectées de sang : elles étaient plutôt blanches, de même que celles de la cavité du corps utérin, qui ne contenait aucun vestige de membrane caduque.

Dans l'épaisseur du ligament large commun à la trompe et à l'ovaire droits, existait un plexus veineux rempli de sang noir et coagulé : chaque rameau veineux, de la grosseur d'une plume à écrire, offrait dans son trajet plusieurs étranglemens analogues à ceux qui correspondent à l'insertion des valvules. Ces veines communiquaient entre elles par de fréquentes et larges anastomoses; il y avait une véritable dilatation variqueuse des parois de ces canaux veineux :

l'un d'eux était le siège d'une rupture très-circonscrite qui avait donné lieu à l'hémorrhagie mortelle que l'autopsie nous avait fait constater. Il n'existait rien de semblable dans le ligament large du côté opposé.

Le nombre et le volume des branches veineuses qui formaient ce plexus, me portent à penser qu'il existait antérieurement à la grossesse tubaire. Mais le mouvement fluxionnaire du sang, devenu plus considérable dans les annexes de l'utérus dès le début de la grossesse extra-utérine, a, sans doute, contribué à produire une dilatation rapide et inégale de ces vaisseaux, et à déterminer la rupture que nous avons observée. En effet, ce plexus vasculaire existait seulement du côté de l'œuf fécondé, et l'observation suivante, rapportée par Chaussier (1), démontre toute la part que la grossesse peut avoir dans la production de ce phénomène.

Obs. II.e — Une femme de campagne, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, enceinte de cinq mois, monta sur une charrette qui venait à la ville, distante de son domicile d'environ deux lieues. La violence des secousses et des cahots de la voiture lui causait de grandes douleurs, surtout au côté droit de l'abdomen. A son arrivée à la ville, elle se mit aussitôt sur un lit pour se reposer de ses fatigues ; mais bientôt il survint des faiblesses, des défaillances, des sueurs froides, et cette femme mourut tranquillement dans l'espace de trois heures. Les viscères des différentes cavités splanchniques étaient dans l'état naturel, si ce n'est que l'utérus était développé et contenait un fœtus d'environ cinq mois, Il y avait, dans la partie profonde de l'abdomen du côté droit, sous le péritoine, une grande quantité de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé, qui était infiltré, ramassé en un foyer, et formait

---

(1) *Recueil de mémoires, consultations et rapports sur divers objets de médecine légale.* Paris, 1824. In-8.°, page 397.

une longue et large tumeur qui, de la fosse iliaque du côté droit, s'étendait jusqu'à la hauteur du rein, et avait près de cinq pouces de largeur. La quantité de sang extravasé fut évaluée à plus de trois livres; il provenait de la rupture d'une des veines de l'ovaire droit, veines qui sont toujours fort dilatées pendant la grossesse, sur tout chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans.

Cette dernière remarque de Chaussier vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut, en parlant de l'influence que l'état de gestation doit avoir sur la dilatation variqueuse des vaisseaux des annexes de l'utérus. Chaussier, comme on le voit, ne met pas en doute que cet état ne favorise et ne détermine même leur ampliation morbide. En effet, il est à remarquer, que chez les sujets des autres observations que je vais rappeler, il y avait aussi eu grossesse. Du reste, l'état de gestation ne paraît pas être la condition exclusive et nécessaire pour que les vaisseaux des ligamens larges éprouvent un développement morbide qui puisse donner lieu à semblable accident. On trouve, dans les *Archives gén. de médecine*, (t. XVIII, pag. 281, année 1828), l'observation, communiquée par M. Leclerc, d'une hémorrhagie mortelle dans l'espace de trois heures, due à l'ulcération d'un vaisseau variqueux, situé dans l'épaisseur du ligament large gauche de l'utérus d'une jeune femme qui n'était pas enceinte. Elle avait été mère quatre ans auparavant.

Dans l'observation suivante, il est difficile de savoir, d'après l'insuffisance des détails qu'elle renferme, si l'hémorrhagie, qui causa si rapidement la mort, avait une source semblable à celle qui a fait succomber la fille Vincent : il existe au moins beaucoup d'analogie sous ce rapport entre les deux cas, à l'exception de l'état de grossesse.

Obs. III.e — Une dame veuve, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, âgée de 29 ans, mère de deux enfans, jouissait habituellement d'une parfaite santé. A l'occasion d'un bal qu'elle donnait chez elle, elle se fatigua

beaucoup en s'occupant des divers préparatifs de la fête. Néanmoins elle avait déjà commencé à danser, quand elle éprouva une défaillance subite. On l'emporte hors de la salle, on la place sur son lit, et une demi heure était à peine écoulée qu'elle avait cessé d'exister.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouva une couche large et épaisse de sang coagulé recouvrant tous les viscères de cette cavité. Au-dessous d'elle, tous les organes du ventre furent trouvés dans l'état sain. Comme le sang remplissait en même temps l'excavation du petit bassin, on l'enleva avec précaution, et l'on découvrit de la sorte que *le plexus veineux pampiniforme du côté droit était variqueux, et présentait une déchirure. (Gottfried Fleischmann Leichenöfnungen.* Erlangen, 1815. In-8°, pag. 192. — Mém. inéd. de la Soc. méd. d'Emulation).

Ici, comme dans le cas rapporté par M. Leclerc, il n'existait pas de grossesse, mais cette femme avait eu plusieurs enfans, et il n'est pas impossible que les gestations antérieures aient favorisé le développement variqueux des veines indiquées. C'était à un coup reçu dans la région inguinale gauche que la malade, dont M. Leclerc a publié l'histoire, rapportait les douleurs qu'elle avait ressenties continuellement dans cette partie du ventre jusqu'à l'époque où survint l'hémorrhagie interne qui la fit succomber, et qui résulta de l'ulcération d'une dilatation variqueuse ou anévrysmale d'un des vaisseaux du ligament large. Cette dilatation avait-elle eu pour origine le coup reçu antérieurement dans la région inguinale? Cette étiologie n'a rien d'invraisemblable.

La cause particulière d'hémorrhagie interne chez la femme dont je viens de rapporter plusieurs exemples, serait, sans contredit, un objet de recherches intéressantes; aussi j'ai voulu la signaler à l'attention des observateurs. J'ajouterai que M.me de Lachapelle a vu une fois des veines de l'ovaire, devenues pareillement variqueuses, se rompre pen-

dant l'accouchement, et donner lieu à une hémorrhagie interne promptement mortelle. (*Pratique des accouchemens*, etc., etc. T. III, pag. 88, en note).

Le lacis vasculaire que j'ai décrit, et qui offrait, par le volume de ses ramifications, tant d'analogie avec le réseau veineux qu'on observe à la surface de l'utérus pendant la grossesse (Dance, *Mém. sur la phlébite utérine*, etc.: *Arch. gén. de méd.* T. XVIII, pag. 480 et suiv. *V.* la planche), était borné au ligament large. Ces canaux tortueux et anastomosés de mille manières résultaient-ils de la persistance accidentelle des vaisseaux remarquables que Rosenmüller a décrits le premier (*Quœdam de ovariis embryonum et fœtuum humanorum.* Leipsick, 1802. In 4°, av. pl.), et d'une transformation qu'ils auraient subie ? Ou faut-il n'y voir qu'un développement anormal avec dilatation des veines qui se ramifient naturellement dans les ligamens larges de l'utérus ? C'est ce qui me paraît le plus probable. Toutes ces veines, communiquant plus ou moins directement avec celles de l'utérus, ne peuvent-elles pas servir à expliquer la perte qui se manifesta dès le commencement de la conception, et qui persista jusqu'à la mort ? Je le pense.

A l'occasion de cette hémorrhagie utérine, je rappellerai que chez cette femme la matrice n'avait point un développement plus considérable que celui qu'elle offre dans l'état naturel; que sa cavité, nullement élargie, ne renfermait aucun débris de membrane caduque. Cependant, comme je l'ai déjà dit, quelques auteurs, et Chaussier entre autres, ont avancé que toujours on trouve, avec la grossesse tubaire, un développement correspondant de l'utérus, et sa cavité tapissée d'une membrane caduque très-reconnaissable. C'est à tort que cette circonstance a été indiquée comme constante, car il est un bon nombre d'observations où, comme dans celle que j'ai rapportée, il n'existait rien de semblable. Or, il paraît résulter de

l'examen comparatif de ces différens faits, que dans tous les cas où l'utérus était développé, et contenait une membrane caduque, il n'y avait pas eu de perte pendant la grossesse extra-utérine ; tandis que, dans tous ceux où un écoulement sanguin avait existé dès le commencement de cette gestation, et pendant plus ou moins longtemps, la matrice avait son volume normal, sans vestiges de production membraniforme dans sa cavité. C'est à M. Guillemot que je dois cette remarque intéressante qui, jusqu'à présent, n'a été faite par aucun auteur. N'en peut-on pas conclure que cet écoulement continu du sang dès les premiers temps de la grossesse extra-utérine, s'oppose à la fois au développement progressif de la matrice et à la formation de la couche couenneuse qui constitue la membrane caduque, ou qu'il en entraîne les débris à mesure qu'elle tend à s'organiser.

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. Chassaignac, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 5.

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique. (Mois de Juillet.)

Résultats des injections mercurielles dans le périoste. — Injection des vaisseaux lymphatiques de la peau. — Transposition générale des viscères thoraciques et abdominaux. — Courbure latérale du rachis coordonnée avec la position de l'aorte. — Fracture de la voûte orbitaire, dislocation du corps du sphénoïde ; altérations anatomiques de la pie-mère et du cerveau. — Fracture de l'os coxal avec épanchement sanguin dans la cavité cotyloïde. — Tumeur fibreuse développée sur la valvule de Vieussens. — Fungus présumé de la dure-mère développé du côté de la cavité arachnoïdienne ?... — Atrophie de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien chez des sujets qui avaient présenté de notables difficultés dans l'articulation des sons. — Cancer du sein avec épanchemens sanguins plusieurs fois répétés, et concrétions polypiformes. — Abcès de la vesicule biliaire

sans aucune adhérence de la surface péritonéale de cette vésicule. — Gangrène de l'intestin, oblitération de la mésentérique supérieure. — Constipations méconnues, 1.° par suite de suintement fécal tangentiel; 2.° par suite de défécation par regorgement. — Oblitération de la veine porte hépatique par des caillots. — Concrétions veineuses dans la veine cave inférieure. — Péritonite diagnostiquée par le bruit de cuir.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier présente le résultat d'*injections mercurielles* faites dans le *périoste*. Cette membrane est convertie en un réseau à mailles extrêmement multipliées. On voit aussi des stries mercurielles dans les sillons longitudinaux parallèles à la direction des fibres osseuses. M. Beau fait remarquer que plusieurs petits épanchemens de la matière injectée existant dans le périoste, il serait possible que les ramifications parallèles ne soient autre chose qu'une série d'infiltrations longitudinales dans les rainures parallèles qui séparent les fibres osseuses.

M. Cruveilhier présente aussi une *injection mercurielle des vaisseaux veineux et lymphatiques de la peau*. Voici le procédé que suit M. Cruveilhier pour l'injection de ces vaisseaux : il fait pénétrer au-dessous de l'épiderme l'extrémité capillaire d'une canule adaptée à un tube de mercure à haute pression. Quand cette introduction est faite avec adresse (car si on pénètre un peu trop dans le tissu de la peau, l'injection échoue complètement) presque toujours on voit se former de proche en proche un réseau argenté à mailles très-fines et très-multipliées. C'est principalement sur la peau du scrotum que ce mode d'injection donne les plus beaux résultats. De ce réseau capillaire sous-épidermique on voit naître des rameaux qui parcourent de longs trajets obliques dans l'épaisseur de la peau et qui deviennent d'autant plus volumineux qu'ils deviennent plus profonds, et qu'ils se rapprochent davantage du tissu cellulaire sous-cutané. Parmi ces vaisseaux, les uns offrent un calibre uniformément décroissant, d'autres, au contraire, offrent dans toute leur longueur une série d'étranglemens arrondis qui leur donnent l'aspect d'un collier. Ces vaisseaux moniliformes sont regardés par M. Cruveilhier comme les lymphatiques de la peau, et ce qui le prouve, c'est qu'il les a suivis sans interruption jusque dans le sein des renflemens ganglionnaires.

M. Grizolles présente plusieurs pièces anatomiques recueillies chez un individu qui a offert une *transposition générale des viscères thoraciques et abdominaux*. Voici quels sont à ce sujet les renseignemens fournis par M. Grizolles. Aucune particularité anormale ne se faisait remarquer dans l'habitude extérieure du sujet qui a succombé à une phthisie pulmonaire. Le poumon gauche, plus volumineux que le droit, présentait trois lobes ; le droit n'en avait que deux. La pointe

du cœur était obliquement dirigée à droite et venait répondre au niveau de la cinquième côte. L'organe lui-même était le siége d'une transposition complète de telle sorte que le ventricule gauche était placé à droite et *vice versâ*. L'aorte naissait donc à droite du sternum et l'artère pulmonaire à la gauche de l'aorte. La première courbure ou courbure verticale de l'aorte, au lieu de regarder à droite, répondait à gauche par sa convexité; la deuxième courbure ne s'élevait que jusqu'à la hauteur du cartilage intervertébral placé entre la quatrième et la cinquième vertèbres dorsales; la même artère venait ensuite se placer sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale, qui a offert en ce point des traces non-équivoques d'une concavité répondant aux corps des cinquième, sixième et septième dorsales. — L'individu qui présentait cette anomalie n'était point gaucher. Cette pièce vient donc confirmer l'opinion de M. Cruveilhier sur la cause de la courbure latérale du rachis, courbure qui, suivant lui, dépend de la présence de l'aorte, et qui rentre dans cette loi générale de laquelle il résulte que presque partout où une artère volumineuse avoisine un os, celui-ci offre une concavité correspondante.

Toutes les veines de cette région présentaient une transposition exactement correspondante à celle des artères. Le pneumo-gastrique gauche passait au-devant de la sous-clavière; celui du côté droit passait au-devant de la courbure aortique.

L'œsophage, situé d'abord à la gauche de l'aorte, venait se terminer dans l'hypochondre droit où siégeaient l'estomac et la rate.

Le foie, situé dans l'hypochondre gauche, offrait une transposition de lobes telle, que le lobe situé à gauche représentait, sous le rapport du volume, de la forme, de la situation de la vésicule, etc., tous les caractères du lobe droit; en un mot, le lobe droit était à gauche. La veine cave et la veine porte étaient situées à gauche.

Le rein gauche était moins élevé que le rein droit; l'intestin grêle était dirigé de droite à gauche. Le cœcum étant situé dans la fosse iliaque gauche, le gros intestin parcourait son trajet de gauche à droite.

Il n'existait chez ce sujet aucune anomalie dans le système musculaire. Le testicule droit était plus rapproché de l'anneau que le gauche, ainsi qu'on l'observe habituellement.

M. Tessier présente plusieurs pièces anatomiques recueillies chez une fille de 18 ans qui, dans un état d'ivresse, fit une *chute* d'un troisième étage. La malade survécut huit jours à l'accident. Voici quelles sont les lésions soumises à l'examen de la Société : à partir d'une plaie contuse qui existait au-dessus de l'angle externe de l'œil droit, on trouve une *fracture* qui traverse d'avant en arrière la *voûte orbitaire* dans toute sa longueur. Le *rocher* du côté gauche paraît être le siége d'un *épanchement sanguin* situé à sa base, dans l'épaisseur du diploë. Le corps du *sphé-*

noïde, presque séparé des parties voisines, est dans un état de mobilité complète. A la partie antérieure et à la partie postérieure du cerveau, la *pie-mère* présente une *injection* très-forte accompagnée d'imbibition sanguine. Dans plusieurs points elle ne présente aucune adhérence à la substance cérébrale qui ne paraît pas ramollie. M. Denonvilliers fait remarquer que, dans un des points où la pie-mère offrait cette altération, la substance cérébrale était ramollie et infiltrée de sang. Une discussion s'étant élevée au sujet de savoir : 1° s'il y avait réellement inflammation de la pie-mère dans les points où cette membrane se séparait de la substance non-ramollie sans l'entraîner avec elle, ou si la substance cérébrale sous-jacente et la pie-mère pouvaient être enflammées isolément l'une de l'autre, M. Cruveilhier émet l'opinion que l'inflammation de la pie-mère et celle de la substance grise ne sont pas liées entre elles nécessairement, et qu'elles peuvent exister indépendamment l'une de l'autre; il invite toutefois la Société à se livrer à des recherches tendant à décider l'importante question de savoir si les phlegmasies de la pie-mère sont toujours liées à une phlegmasie concomitante de la substance cérébrale contiguë et *vice versâ*.

M. Tessier pense que, par suite de la communauté intime des vaisseaux dont l'ensemble constitue la pie-mère, avec ceux de la substance cérébrale sous-jacente, il existe une connexité nécessaire entre l'état de la pie-mère et celui du cerveau à sa surface. Quant à la question de savoir s'il y a phlegmasie ou seulement congestion dans un point donné de la pie-mère, il regarde la coagulation du sang dans les vaisseaux injectés comme un signe anatomique certain de l'inflammation.

M. Tessier montre encore dans le *cerveau* du même sujet des *épanchemens sanguins* à foyers multiples et très-petits, siégeant à la partie supérieure du corps calleux. Cette lésion lui paraît justifier parfaitement l'expression d'apoplexie capillaire qui a été donnée par M. Cruveilhier à ce que M. Lallemand, de Montpellier, désigne sous le nom de ramollissement rouge.

Indépendamment de ces lésions, il y avait une *fracture de l'os coxal* au niveau de la région obturatrice. La branche horizontale du pubis et la branche ascendante de l'ischion étaient fracturées. L'articulation coxo-fémorale était le siége d'un épanchement sanguin communiquant avec le foyer de la fracture. Il y avait une large ecchymose en arrière du pubis.

M. Reignier présente une *tumeur fibreuse* développée sur la *valvule de Vieusens*, et paraissant tirer quelques-unes de ses racines du *processus cerebelli ad testes* situé à la gauche de cette valvule. Cette tumeur, assez régulièrement arrondie, du volume d'une forte noisette, était pédiculée. Cette pièce a été recueillie chez une femme qui était aveugle et épileptique. Il y avait, en outre, chez elle, hydropisie des ventricules et atrophie des nerfs optiques.

M. Tessier présente une pièce anatomique consistant dans l'altération suivante dont la Société n'a peut-être pas eu jusqu'ici d'exemple : sur les *hémisphères du cerveau* se trouve de chaque côté une *plaque* d'une substance molle et blanchâtre ayant une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur sur deux ou trois pouces d'étendue dans tous les sens ; l'épaisseur de la couche est plus considérable au centre que vers la circonférence. Cette plaque de substance molle présente une surface cérébrale qui est en simple contact et sans aucune adhérence avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel la substance blanche a laissé une sorte de suc lactescent ; 2° une surface méningienne appliquée et retenue solidement contre le feuillet méningien de l'arachnoïde ; voici ce qu'on observe relativement aux rapports de cette surface avec le feuillet membraneux, sur lequel elle repose. Dans les parties les plus éloignées du centre de chaque plaque on parvient à isoler la substance anormale de la membrane sur laquelle elle est étalée. Il n'y a donc là qu'une simple contiguité; mais en se rapprochant du centre, la séparation devient impossible ; il y a plus, le tissu nouveau semble se fondre en quelque sorte dans la trame de la dure-mère ; celle-ci à l'extérieur et dans le lieu correspondant à la plaque blanche est recouverte par une fausse membrane qui paraît le résultat d'une exsudation entre l'os et la dure-mère. Au dire de M. Tessier, cette fausse membrane ne serait autre chose que la couche la plus interne de l'os, ramollie, dépouillée de phosphate calcaire, devenue adhérente à la dure-mère, et qui par suite de cette adhérence s'est détachée avec elle du tissu osseux à la manière d'une pellicule qu'on aurait arrachée.

Examinée dans son tissu propre, cette production singulière offre les caractères suivans : elle est d'un blanc jaunâtre, sablée uniformément de points rouges extrêmement fins ; ses principaux caractères seraient assez exactement rendus par ceux de la couche cérébrale qui entoure les anciens foyers apoplectiques, et qui a été désignée par M. Rochoux sous le nom de ramollissement concomitant. Les caractères peu communs de cette lésion soulèvent au sein de la Société anatomique plusieurs questions sur sa nature, sur son point de départ, et sur ses rapports avec les parties voisines. Bien qu'au premier aspect elle offre quelques analogies avec une ancienne apoplexie méningée ; la nature intime de la production paraît trop éloignée des caractères que peut revêtir un ancien épanchement sanguin, pour qu'on puisse voir dans le cas actuel une apoplexie méningée.

Quant au point de départ de cette production, il est évidemment dans la dure-mère dont la surface interne se continue avec la substance de nouvelle formation, sans qu'on puisse les séparer complètement, comme on le fait pour les anciens épanchemens dans la cavité de l'arachnoïde.

Si on ajoute à ces circonstances : 1.° la présence dans la faux de la dure-mère de plusieurs plaques semblables à celles qui ont été décrites ; 2.° l'altération dont la dure-mère était le siége à sa surface externe ainsi que les os du crâne, dans leur contact avec elle, on admettra volontiers que cette lésion avait son siége primitif dans la dure-mère, et c'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier. — Le point de départ de cette altération anatomique étant admis, quelle en est la nature ? Ici l'absence d'analogie avec toutes les lésions soumises jusqu'ici à l'examen de la Société, ne lui a pas permis de prendre des conclusions définitives à ce sujet. Que ce soit un fongus de la dure-mère qui, au lieu de végéter vers les os du crâne, aurait pénétré dans la cavité de l'arachnoïde, c'est une supposition qui n'est pas tout-à-fait dénuée de vraisemblance, mais dont la réalité n'a pas été suffisamment établie par l'examen anatomique.

Cette pièce, déjà si curieuse en elle-même, a encore ceci de remarquable qu'elle a été recueillie chez un sujet qui n'avait offert pendant la vie aucun symptôme capable de faire soupçonner cette altération, et qui a succombé à la suite de diarrhées abondantes causées par des écarts de régime. Nous ne devrons pas omettre toutefois que dans les instans qui précédèrent la mort, il présenta un renversement de la tête en arrière, avec une rigidité des muscles du col et un commencement de trismus.

M. Cruveilhier communique à la Société le résultat de ses observations sur divers malades qui, après avoir offert pendant la vie des *altérations* remarquables dans *l'articulation des sons*, ont présenté une *atrophie* plus ou moins complète de la *protubérance* et du *bulbe rachidien.*

Chez une femme hémiplégique, qui avait conservé toute l'intégrité de son intelligence, et qui a succombé aux suites d'une escharre du sacrum, la protubérance était très-petite, déformée, avait perdu un tiers de son volume. La pyramide antérieure du bulbe était atrophiée à gauche et convertie en substance grise ; le corps dendroïde de l'éminence olivaire était de même transformé en substance grise. Chez cette femme il y avait impossibilité absolue de parler ; elle faisait entendre des cris inarticulés et s'exprimait par gestes.

La seconde observation, recueillie par M. Cruveilhier, a pour sujet un enfant qui avait à la vérité conservé la possibilité d'articuler, mais qui émettait les paroles syllabes par syllabes avec une excessive lenteur. L'intelligence était de même parfaitement intacte ; la déglutition s'embarrassa peu-à-peu, et le jeune malade succomba à une asphyxie que M. Cruveilhier avait annoncée d'après la considération de la difficulté croissante qu'éprouvait l'acte respiratoire.

A l'autopsie on trouva le *bulbe rachidien atrophié* et d'une dureté en quelque sorte pierreuse. Cette atrophie du bulbe était accompa-

gnée de sa conversion en substance grise. — Chez ces deux malades la langue avait conservé une mobilité parfaite. Chez le dernier il n'y avait pas autant de volubilité que dans le premier cas. Ici le nerf hypoglosse était atrophié.

De ces deux faits, et de quelques autres encore, M. Cruveilhier conclut que les portions du sytème nerveux qui président spécialement à l'articulation des sons doivent être la protubérance et le bulbe.

M. Denonvilliers présente un *cancer du sein* très-volumineux, bosselé à sa surface et présentant une ulcération de la peau au niveau de la partie la moins consistante de la masse cancéreuse. Celle-ci se compose des élémens suivans : 1.° plusieurs noyaux considérables d'une substance fibreuse, dure et criant sous le scalpel ; 2.° d'autre noyaux d'une substance molle, jaunâtre, demi-transparente, contenue dans des loges celluleuses dont les parois sont, dans quelques points, le siége d'une injection très-vive et même de petits épanchemens ; 3.° une masse de concrétions polypeuses, friables, à demi-desséchées, ayant une teinte brune foncée. M. Denonvilliers présente ces productions comme n'étant autre chose que des caillots sanguins ; et, en effet, indépendamment de ce que l'examen anatomique ne permet pas de se méprendre sur leur véritable nature, l'histoire de la maladie apprend qu'il est survenu à diverses époques, mais notamment après la suppression des règles, des accroissemens brusques de la tumeur, accompagnés de coloration bleue, et qui ont disparu incomplètement après un espace de temps plus ou moins considérable; toutes circonstances qui attestent l'existence d'épanchemens, leur nature sanguine, et leur marche consistant dans une résorption partielle avec persistance et solidification des caillots.

M. Cruveilhier présente une *dilatation considérable de la vésicule biliaire*, par un liquide de nature purulente, et au milieu duquel nagent quelques calculs biliaires d'une couleur noire très-foncée : le col de la vésicule est oblitéré; il n'y avait aucune adhérence de la surface de la vésicule avec le péritoine ambiant.

M. Desprez montre une *gangrène de l'intestin* chez une femme qui eut une constipation opiniâtre, et chez laquelle on a été obligé de recourir à l'extraction de matières fécales extrêmement dures accumulées dans le rectum. Cette constipation a eu ceci de remarquable que, pendant quelques jours et avant qu'on eût recours à l'extraction des matières fécales, la malade a eu du dévoiement, ce qui en imposa sur l'état de tamponnement du rectum, qui n'a été reconnu que par l'impossibilité de faire pénétrer un lavement. A ce sujet M. Chassaignac rappelle que cette variété de diarrhée qui, chez des individus dont le rectum est obstrué, résulte du ramollissement tangentiel des

matières endurcies, s'observe fréquemment dans les hôpitaux de vieillards.

M. Cruveilhier fait connaître un autre mode d'expulsion des matières, qui peut faire méconnaître l'existence d'une constipation : c'est la *défécation par regorgement*. Il présente un rectum énormément développé qui remontait jusqu'à l'épigastre. Il a été recueilli chez une vieille femme qui avait présenté pendant la vie ce mode de défécation. D'après la connaissance qu'on avait de la persistance des selles dans les jours qui précédèrent la mort, on fut très-étonné de trouver à l'autopsie une quantité considérable de matière fécale dans le gros intestin. — Chez la femme qui fait le sujet de l'observation de M. Desprez, il y avait oblitération de la mésentérique supérieure par des caillots sanguins.

M. Desprez présente un *caillot* considérable et déterminant *l'oblitération complète de la veine porte hépatique*, chez un sujet qui a succombé à une *ascite*. La rate offrait chez le même sujet un volume considérable, et la veine cave inférieure présentait dans plusieurs points de sa longueur des petites concrétions osseuses sous forme de lamelles très-fines et comme micacées, soulevant, par leurs bords tranchans et recourbés vers la concavité du vaisseau, la membrane interne. — C'est chez le sujet sur lequel ont été recueillies ces pièces, que M. Desprez dit avoir entendu le bruit de cuir au début d'une péritonite récente dont on trouve encore des traces, et qui, suivant M. Desprez, aurait succédé à une ponction pratiquée pour l'évacuation de l'ascite.

Fracture de la base du crâne par contre-coup ; disjonction de la suture lambdoïde ; déchirure du sinus latéral gauche ; contusion par contre-coup des lobes antérieurs du cerveau.—Observation communiquée par M. Boinet, *interne à l'hôpital Necker.*

Le nommé Leroy, âgé de 41 ans, balayeur, d'une constitution robuste, a été reçu à l'hôpital Necker, le 6 mars 1834, à la suite d'une chute sur la tête.

Le 2 mars au soir, étant ivre, il tomba dans un escalier ; à l'instant même il fut relevé et mis au lit. Le sang coulait abondamment par l'oreille gauche. Le malade éprouva-t-il des symptômes de commotion ? Les personnes qui ont

soigné cet individu au moment de sa chute, n'ont pu nous donner de renseignemens bien précis sur ce qu'il a éprouvé.

Le 3 et le 4 mars il resta au lit sans faire appeler un médecin, ne se trouvant pas assez malade pour réclamer de secours. Pendant ces deux jours le sang continue à couler par l'oreille gauche.

Le mercredi, 5 mars, troisième jour après l'accident, sa femme étant sur le point d'accoucher, il va lui-même chercher une sage-femme, et parcourt un espace de plus de deux lieues avec la même agilité qu'il l'eût fait en bonne santé. A son retour, il se plaignit d'un peu de fatigue et de mal de tête.

Deux heures après son retour, céphalalgie plus intense, fièvre, somnolence; dans la nuit léger délire qui cesse le matin du jeudi 6 mars, jour où on l'apporta sur un brancard à l'hôpital Necker.

Il gagne son lit, soutenu seulement par les bras. La face est rouge, animée; les paupières sont un peu abaissées; pas de déviation de la bouche, ni de contraction des muscles de la face. Le pouls est fort, plein, tendu; la peau est chaude; il y a beaucoup de fièvre. Interrogé sur son accident et sur l'état où il se trouve, il repond *d'abord* avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui adresse, mais ensuite ses réponses sont décousues, incohérentes.

Dans le point où le choc a eu lieu, à la partie postérieure, supérieure et externe du pariétal gauche, on trouve une bosse peu saillante, à base large, d'une circonférence de 5 à 6 pouces, sans lésion du cuir chevelu. A l'endroit de la contusion, le malade accuse une douleur assez vive, il a un air d'hébétude très-marqué. La jambe et la cuisse du côté droit sont dans un état d'extension qui semble involontaire; si on soulève ce membre il retombe en masse et lourdement. La sensibilité est manifestement diminuée; la chaleur est conservée. La jambe gauche est fléchie sur la

cuisse du même côté, jouit de toute sa sensibilité, et peut exécuter tous ses mouvemens habituels.

Jusqu'au soir pas de changement. Alors il est pris de délire. On lui met la camisole pour l'empêcher de se jetter hors de son lit; il s'agite, sa respiration est difficile, stertoreuse; de temps en temps il fait entendre quelques sons inarticulés. Après son agitation, qui est passagère, il tombe dans un coma profond.

Les symptômes s'aggravent; la mort a lieu à dix heures du soir, douze heures après son entrée.

Autopsie 30 heures après la mort. — Au niveau de la bosse pariétale du côté gauche, on remarque une contusion avec empâtement; le cuir chevelu est infiltré de sang; le péricrâne, dans une étendue d'une pièce de cinq francs, est séparé de l'os qui n'est pas fracturé. Après avoir enlevé tout le cuir chevelu, on remarque, à la partie postérieure et gauche de la tête, une disjonction de la suture lambdoïde, laquelle est continuée par une fracture qui affecte le temporal et passe à la base de l'apophyse mastoïde. Une autre fracture partage en deux le conduit auditif, à l'ouverture duquel on trouve un petit fragment osseux détaché, de la longueur d'une pièce de cinq sols.

Le rocher est fracturé en différens endroits, des esquilles mêmes sont séparées. La cavité glénoïdale est aussi fracturée, et le sinus latéral gauche est largement ouvert à l'endroit où il s'ouvre dans le trou déchiré postérieur.

Immédiatement au-dessous du pariétal, dans le lieu où a porté la violence extérieure, il y a un épanchement sanguin circonscrit, entre l'os et la dure-mère; il présente une circonférence de cinq à six pouces; le sang, en petite quantité, forme des caillots peu consistans.

A la surface convexe de l'hémisphère gauche, on rencontre des épanchemens partiels; ils donnent à la duremère un aspect noirâtre, marbré, remarquable surtout au niveau des lobes antérieurs. Ces lobes, le gauche princi-

palement, présentent une couleur lie de vin, ils sont ecchymosés, contus, ramollis, avec désorganisation de la substance cérébrale qui est réduite en bouillie, infiltrée de beaucoup de sang. Cette espèce de broiement de la substance cérébrale est beaucoup moins prononcé dans le lobe droit. La dure-mère, dans cet endroit, est séparée des os; le reste du cerveau est sain; les autres organes ne présentent rien de remarquable.

L'absence des phénomènes de compression dans les premiers momens, peut s'expliquer de la manière suivante: Le sinus déchiré, communiquant avec la fracture comminutive du rocher, et cette dernière avec l'oreille externe, le sang, au lieu de s'amasser dans le crâne et de comprimer le cerveau, suivit la voie qui lui était ouverte et s'écoula par l'oreille; tant que dura l'hémorrhagie, les symptômes de compression ne se manifestèrent pas; mais vers le quatrième jour, par suite de l'obstruction que ces caillots sanguins, déposés entre les lèvres de la fracture, auront produite, il en sera résulté un obstacle à l'écoulement du sang, qui s'est épanché entre la dure-mère et le crâne, et a donné lieu aux symptômes de compression observés.

Description d'une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte; par M. CH. DENONVILLIERS.

La femme Mathurel, âgée de 56 ans, n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 53 ans, époque à laquelle elle éprouva plusieurs hémorrhagies utérines, accompagnées de palpitations et de syncopes fréquentes; ces accidens durèrent pendant quelques mois. Un an après, en novembre 1831, cette femme fut réveillée pendant la nuit par des douleurs et des battemens violens dans la région du cœur, et s'aperçut de l'existence d'une tumeur au-dessous de la

clavicule gauche; pendant un mois le bras gauche demeura engourdi et privé de ses mouvemens. A cette époque, les douleurs et les battemens disparurent jusqu'au mois de juin 1832. La malade, entrée alors à la Charité dans le service de M. Fouquier, fut saignée huit fois en huit jours, mise à l'usage des préparations de digitale, et sortit de l'hôpital, soulagée, mais conservant sa tumeur à la partie supérieure et gauche de la poitrine. L'exercice ne tarda pas à ramener les battemens et les douleurs. La malade se présenta dans le mois d'octobre 1832, à l'Hôtel-Dieu.

Il y a deux ans seulement qu'existe la tumeur. La face est pâle, les lèvres décolorées, les joues et les extrémités bleuâtres; le système veineux superficiel est médiocrement décoloré; les chairs molles et flasques. Au côté antérieur et gauche de la, poitrine existe une tumeur qui a environ trois pouces et demi d'étendue verticale depuis la seconde jusqu'à la cinquième côte, et trois pouces d'étendue transversale en partant du côté droit du sternum. Elle est parcourue par quelques veines légèrement dilatées, immobile à sa base, non adhérente à la peau, douloureuse dans toute son étendue, mais principalement près de la ligne médiane en un point qui semble correspondre à l'articulation du quatrième cartilage costal, d'une consistance et d'une incompressibilité telles, qu'elle paraît formée par les cartilages soulevés, excepté pourtant dans le point douloureux que je viens d'indiquer. Là, la tumeur cède à la pression, se réduit sous le doigt, et permet de sentir les bords d'une ouverture qui en forme la base. La peau qui recouvre cet endroit est plus tendue et luisante; il semble que sur la tumeur principale s'élève une seconde tumeur ronde et du diamètre d'un pouce. Au-dessous de la mamelle existe un relief formé par la sixième côte, qui est soulevée et dépasse en avant le niveau de la septième. Toute la tumeur, ainsi que la portion de la poitrine située au-dessous de la septième côte, est soulevée par un mouvement indé-

pendant de celui de la respiration, et isochrône aux battemens du pouls. La main appliquée sur la tumeur est soulevée et perçoit un battement, non pas simple comme celui du pouls, mais double : le soulèvement et le battement, d'autant plus prononcés qu'on s'approche davantage du centre de la tumeur, sont surtout marqués dans le point douloureux et saillant que j'ai déjà signalé. Par momens la main perçoit le frémissement cataire. Toute la région occupée par la tumeur donne un son mat. Bruit respiratoire assez faible, mais pur en arrière, râle muqueux et ronflement en avant, surtout à droite. Les battemens sont transmis dans toute la poitrine, mais avec d'autant plus de force qu'on se rapproche davantage de la tumeur; ils se composent de deux bruits qui sont quelquefois assez distincts, et dont le second est plus fort que le premier, et qui d'autres fois paraissent confondus en un seul. Vers l'angle des quatrième, cinquième et sixième côtes gauches, existent de la douleur et des battemens très-forts. Il n'y a point d'œdème. La malade se plaint de douleurs pongitives dans la tumeur, et de battemens qui transmettent à tout le corps un ébranlement qui ne permet pas un instant de sommeil; elle se tient assise dans son lit, respire difficilement, et les mouvemens les plus légers augmentent le mal-aise et l'anxiété. Toux fréquente, avec expectoration abondante de crachats jaunâtres et opaques. L'appétit est faible, mais les fonctions digestives s'exécutent bien. (Saignée de 8 onces, manuluves très-chauds, cataplasmes sinapisés aux mollets, application de glace sur la tumeur, teinture de digitale à la dose de dix gouttes dans un julep; repos absolu et diète). Dès le lendemain l'état de la malade s'est amélioré; au bout de quelques jours elle a pu dormir, la dyspnée et les battemens ont diminué. Cet état de mieux persiste pendant huit jours, et alors survient un nouvel accès semblable au premier. (Même traitement, même résultat). Quatre accès se succèdent ainsi à huit ou dix jours d'intervalle. Il est re-

marquable que, pendant la durée des accès, la petite tumeur secondaire augmente, tandis que dans l'intervalle elle éprouve un retrait. Toutefois les progrès de cette dernière sont manifestes, et son diamètre, qui n'était que d'un pouce lors de l'entrée de la malade, se trouve au bout de deux mois porté à un pouce et demi. A cette époque, survint un accès plus fort que les autres. (Deux saignées de six onces, application de glace). Les accidens se calmèrent, la tumeur générale diminua, la sixième côte se remit au niveau des autres, et la petite tumeur secondaire éprouva en très-peu de temps un retrait progressif, tel qu'elle disparut quinze jours après; seulement à la place qu'elle avait occupée on percevait des battemens plus énergiques, et le doigt s'enfonçait dans une cavité à bords durs et assez tranchés. La malade se plaignait en même temps de douleurs dorsales après plusieurs alternatives de rémission et d'aggravation des accidens. Les palpitations et les douleurs cessèrent entièrement; les battemens se modérèrent. Le 1.er avril, la malade put se lever et descendre au jardin. Le 25, de légers symptômes de bronchite aiguë cédèrent à une émission sanguine, et la malade continuait à aller fort bien, lorsque, deux jours après, au moment où elle était assise et occupée à coudre, elle expectora tout-à-coup cinq ou six crachats rouges, écumeux, formés par du sang pur, puis tomba en syncope, en criant qu'elle se sentait mourir. On la porta sur son lit, où elle expira au bout de quelques secondes.

L'autopsie fut faite avec soin par M. Nélaton et par moi.

Les organes contenus dans les cavités abdominales, encéphaliques et rachidiennes, ne présentaient rien de remarquable.

Le grand pectoral gauche, disséqué et comparé à celui du côté opposé, paraît intact, mais légèrement soulevé. Coupé en travers et renversé vers son attache sternale, il laisse apercevoir une petite poche ovoïde, située entre les

extrémités internes des quatrième et cinquième cartilages costaux, poche dont les parois sont formées antérieurement par les plans fibreux qui sont au-devant du sternum, sur les côtés par une membrane lisse, mince, transparente, fibreuse, et appliquée immédiatement sur les bords d'une perforation qui existe au sternum, en arrière enfin par des couches fibrineuses assez résistantes, mais dans l'épaisseur desquelles se trouve un trajet long et étroit, sur lequel nous reviendrons. La cavité de cette petite poche, qui envoie dans le quatrième espace intercostal un prolongement en cul-de-sac, est remplie par des caillots jaunâtres déposés sur les côtés, et par de la sérosité qui occupe le centre.

Un ponction ayant été faite au diaphragme, du côté gauche, il s'écoule un demi-litre de sérosité transparente. A l'ouverture de la poitrine, on trouve la cavité de la plèvre gauche remplie par un énorme caillot, le poumon refoulé, appliqué contre la colonne vertébrale, et recouvert par une couche jaunâtre, consistante, épaisse d'une ligne, entièrement semblable à la couenne du sang lorsqu'il s'est décomposé.

Au milieu du tissu cellulaire du médiastin induré et infiltré, existe une tumeur sphérique grosse comme le poing, aplatie d'avant en arrière, placée derrière le sternum et les cartilages costaux auxquels elle adhère, devant l'origine et la crosse de l'aorte, entre les plèvres et les poumons auxquels elle est unie par des liens celluleux au-dessus du cœur, dont la sépare seulement le péricarde qui lui est appliqué et qui couvre son hémisphère inférieur. On remarque à la partie postérieure et droite de cette tumeur, un rétrécissement, une sorte de collet par lequel elle se continue avec le côté antérieur et inférieur de la crosse de l'aorte. D'un autre côté, les adhérences de la tumeur avec la plèvre et le poumon gauches se sont rompues, dans l'étendue de six à huit lignes, et on aperçoit une fissure à bords déchi-

rés, inégaux, dentelés, par laquelle la cavité de la poche anévrysmale communique avec celle de la plèvre. La portion du poumon qui confine à cette fissure a, dans l'étendue de deux à trois pouces cubes, la consistance du tissu pulmonaire hépatisé. Les bronches ne contiennent pas de caillots; il semble que du sang poussé dans le tissu du poumon se soit insinué de proche en proche dans les cellules, sans les rompre.

La surface intérieure de la tumeur, rétrécie par des caillots fibrineux, présente deux ouvertures latérales : 1.° celle de droite, par laquelle elle communique avec l'aorte, est elliptique, à grand diamètre vertical, d'à-peu-près quinze lignes ; sa circonférence est saillante, extrêmement lisse et de consistance cartilagineuse, avec plusieurs points osseux ; 2.° celle de gauche, par laquelle la poche anévrysmale s'ouvre dans la plèvre, est linéaire, à bords frangés.

Les caillots fibrineux déposés dans la poche anévrysmale forment une couche continue, très-mince, au voisinage de l'ouverture de communication avec l'aorte, épaisse d'un pouce à la partie la plus déclive. Très-consistante dans ce lieu ainsi qu'en avant, cette couche est au contraire ramollie, disposée en lames écartées les unes des autres, et séparées par de la matière semblable à de la lie-de-vin, aux environs de la déchirure. On aperçoit en avant l'orifice d'un pertuis qui s'enfonce dans l'épaisseur des caillots, et par lequel un stylet pénètre dans la petite poche que nous avons vue sortir au travers du sternum. Ainsi cette petite poche communique avec le grand sac anévrysmal dont elle n'est séparée que par une couche de caillots. La surface interne des couches fibrineuses est unie et lisse ; l'externe qui est en rapport avec les parois propres de la poche est inégale, irrégulière, parsemée d'éminences et d'enfoncemens ressemblant, dans certains points, à du tissu tuberculeux ramolli, offrant dans d'autres un aspect lardacé,

couverte même de quelques dépôts crétacés. Des caillots noirs nous indiquent la pénétration récente du sang entre les parois de la poche et les couches fibrineuses soulevées. Une coupe de celles-ci nous fait voir qu'elles sont concentriques, semblables à la corne transparente, de couleur alternativement jaune et grise, d'une épaisseur et d'une résistance égales dans tous les points; alors on aperçoit à nu à la surface interne du sac dont l'aspect diffère suivant qu'on l'examine en avant ou dans les autres points de son étendue.

La partie antérieure du sac se présente sous la forme d'une membrane celluleuse mince, transparente, au travers de laquelle on aperçoit les espaces intercostaux et les cartilages; elle est appliquée immédiatement sur eux, traverse la perforation du sternum pour former la petite poche superficielle dont nous avons parlé plus haut, et nous paraît constituée surtout par le périoste auquel se joint une couche mince de tissu cellulaire. Dans le reste de son étendue, le sac offre l'aspect que présente souvent l'aorte dilatée et malade, de plaques blanches et jaunâtres, formées les unes par des concrétions osseuses, les autres par de la matière crétacée, une membrane transparente qui s'enlève par lamelles. Au-dessous de ce premier plan existe une membrane plus ferme, résistante, fibreuse, d'une couleur grise. Enfin en coupant celle-ci, nous trouvons que la portion la plus extérieure du sac n'est constituée que par une lame de tissu cellulaire épaissi et induré. Dans plusieurs coupes des parois du sac, nous retrouvons ces trois couches distinctes, nous les distinguons très-bien sur les lèvres frangées de la déchirure. Une incision qui divise l'éperon par lequel est formée l'orifice de communication avec l'aorte, nous permet de constater qu'il est formé par l'adossement des parois de l'aorte et de celles du sac anévrysmal, intimement unies entre elles par des adhérences celluleuses extérieures, et qu'il y a continuité apparente des membranes de l'aorte

avec celles du sac. — Enfin nous nous assurons que les fibres de la tunique moyenne de l'aorte ont exactement la même direction que celles de la membrane qui lui correspond dans le sac anévrysmal.

L'aorte est saine à son origine ; mais, à un pouce au-dessus des valvules sigmoïdes, elle présente des altérations analogues à celles de la face interne du sac. Elle a éprouvé une légère dilatation en avant et à gauche, dans le lieu qui correspond à l'ouverture de communication avec la poche anévrysmale. L'artère sous-clavière et la carotide primitive droites, au lieu de provenir d'un tronc innominé, naissent immédiatement de la crosse de l'aorte.

Le sternum offre, dans l'intervalle des quatrième et cinquième cartilages costaux, une échancrure longue d'un pouce, dont la convexité s'étend à droite jusqu'au milieu de l'os, et qui est terminée en dehors par deux sortes de cornes, portant encore à leurs extrémités les cartilages articulaires et soutenant les cartilages costaux. Les bords de cette échancrure sont taillés en biseau, aux dépens de la lame interne de l'os. Au-dessus existe une légère dépression qu'on peut considérer comme un commencement d'érosion. Une couche de tissu compact revêt la surface de ces deux pertes de substance. Les cartilages articulaires ne sont nullement altérés.

Ce qu'il y a de remarquable dans la marche de cette affection, c'est de voir une tumeur qui avait fait saillie au dehors rétrograder tout-à-coup et disparaître entièrement. L'examen de la pièce anatomique a rendu raison de ce fait ; nous avons vu la poche superficielle isolée du grand sac anévrysmal par une couche épaisse de caillots que perçait seulement un très petit trajet fistuleux, revenue sur elle-même et remplie par du sang en voie de résorption ; il nous a paru probable que, si la malade eût vécu plus longtemps, le petit trajet fistuleux se fût fermé ; toute communication eût été interrompue entre les deux subdivisions du

sac anévrysmal, et la petite tumeur eût été complètement oblitérée par des caillots adhérens. C'est par un mécanisme analogue que s'oblitèrent les artères qui s'implantent sur une poche anévrysmale, ainsi que l'a démontré M. Bérard aîné.

A cette occasion, je ne puis m'empêcher d'insister sur le rôle important que joue, dans les tumeurs anévrysmales, la portion du sang qui se forme en concrétions fibrineuses. On a vu les caillots durcis et accrus de la circonférence au centre, rétrécir, puis oblitérer entièrement la cavité du sac anévrysmal et de l'artère; on les a vus fournir au centre un canal solide et rétablir la continuité du vaisseau anévrysmatique. Ici, nous avons trouvé la surface extérieure des couches fibreuses ramollie, altérée, et du sang s'était insinué entr'elle et les parois du sac. Une semblable disposition me paraît bien propre à expliquer et à justifier l'opinion de Richter, qui admet que la guérison spontanée de l'anévrysme peut quelquefois avoir lieu par le détachement des caillots et leur chute sur l'ouverture qui joint la tumeur à l'artère.

Rapport de M. A. BÉRARD, *sur l'observation précédente.*

La Société anatomique entendit avec une sorte de défiance la description de cette tumeur anévrysmale. Une commission fut chargée de vérifier les détails anatomiques. M. A. Bérard, après avoir fait la dissection de la pièce, lut à la Société un rapport dont voici l'extrait.

« M. Denonvilliers s'était borné à disséquer les couches membraneuses du sac de dedans en dehors. M. Berard les a en outre disséquées de dehors en dedans.

» En isolant la tunique externe de l'aorte, on passe jusque sur le sac, on enlève une membraue celluleuse continue de l'artère au sac, et l'éperon se trouve déplié.

» La face externe de la tunique moyenne de l'aorte ayant

été mise à nu par l'enlèvement de la membrane celluleuse, on constate qu'il y a continuité entr'elle et la deuxième membrane du sac; mais l'aspect de ces deux membranes n'est point parfaitement identique. La membrane de l'artère est épaisse, médiocrement dense et jaune; la membrane du sac est plus mince, condensée, généralement d'un gris blanchâtre, et ce changement de couleur est brusque dans la circonférence de l'éperon, excepté dans une partie que nous ferons connaître plus bas. Il faut observer que, d'une part, la membrane du sac présente des places jaunes, tandis que, d'une autre part, celle de l'artère est dans plusieurs endroits décolorée et amincie, notamment dans une étendue de huit à neuf lignes aux environs de l'éperon, de sorte que, dans ce point, la membrane moyenne de l'artère se continue sensiblement avec la membrane moyenne du sac.

» Enfin, étudiée par sa face interne, cette même membrane moyenne du sac se continue avec celle de l'aorte; on enlève facilement des lambeaux qui passent de l'une à l'autre, et l'examen le plus attentif à la loupe ne peut faire distinguer la partie qui appartient au sac de celle qui dépend de l'artère.

» En résumé, il est hors de doute pour la commission, que le sac anévrysmal est constitué par trois membranes continues avec les trois tuniques de l'aorte, et dont la moyenne seule offre quelques différences d'organisation sur le sac et sur l'artère.

» Faut-il donc envisager cette tumeur anévrysmale comme le résultat de la dilatation des trois membranes artérielles? C'est une question que la commission n'a pas abordée.»

A ce rapport, M. Denonvilliers a ajouté la note suivante.

Il est universellement admis, depuis les travaux de Scarpa, qu'une tumeur anévrysmale pédiculée a pour cause nécessaire la distension de la tunique externe des artères

après rupture des deux tuniques internes. Si donc, raisonnant dans cette hypothèse, on cherche à se rendre compte des particularités que ce cas a offertes, plusieurs explications se présentent : 1° ou les deux couches membraneuses les plus internes ont été formées par la déposition et l'organisation d'une partie des principes du sang à l'intérieur de la poche; 2.° ou elles résultent du développement de fausses membranes dans le kyste anévrysmal; 3.° ou enfin elles sont les conséquences de la transformation des parois du kyste même.

1.° Les faits sur lesquels pourrait s'appuyer la première explication ne sont ni nombreux ni surtout concluans. Il est vrai qu'A. Cooper a vu, dans un anévrysme fusiforme de l'artère fémorale, les caillots se condenser et former au sang un canal solide, dont les parois avaient *un aspect membraneux;* qu'un des auteurs de l'article *Anévrysme* (*Dict.* en 25 vol.), a observé dans l'aorte une disposition semblable, et noté que le canal *paraissait* tapissé d'une membrane fine, continue en haut et en bas avec la tunique interne de l'artère. Toutefois ces faits sont loin d'être analogues à celui qui nous occupe, puisque, sans parler de la manière incertaine dont cette membrane de nouvelle formation est indiquée, elle n'est pas doublée par une seconde couche membraneuse, mais par une masse de sang concrété.

2° Quant à la seconde manière de voir, je n'ignore point que la surface interne des tumeurs anévrysmales est souvent doublée d'une couche mince, membraniforme, et quelquefois exactement continue à la tunique interne des artères; je sais qu'Hodgson et Béclard l'assimilent à la membrane d'un abcès et la regardent comme le résultat de l'exsudation de la lymphe plastique secrétée par le sac légèrement enflammé; que cette exsudation peut même devenir assez abondante pour oblitérer le kyste anévrysmal de l'artère; mais il y a loin de la formation d'une couche

membraniforme, par suite de la condensation d'un liquide versé en nappe sur une surface, à la production de deux véritables membranes superposées, d'aspect, d'épaisseur et d'organisation différentes. Le dernier de ces phénomènes serait, je crois, en opposition avec ce qui s'observe dans le reste de l'économie : la lymphe versée par une plaie, quel que soit le tissu intéressé, se transforme, suivant les circonstances, en tissu fibreux ou muqueux. Le liquide qui s'épanche à la surface demi-séreuse est changé en une seule membrane d'aspect uniforme, et celle-ci peut à son tour sécréter une nouvelle couche semblable à elle ; mais jamais, à ma connaissance, la lymphe plastique ne s'est transformée en deux couches superposées d'organisation différente.

Faut-il donc recourir à la dernière explication et admettre que le sac, primitivement formé par la tunique externe, ait subi peu-à-peu une transformation organique ? Peut-être cette opinion trouvera-t-elle quelques partisans. Nous avons entendu soutenir ici que le tissu cellulaire traversé par du sang artériel se transformerait à la longue en un tube semblable à celui des artères, et on a invoqué à l'appui de cette opinion l'exemple d'une veine qui revêt les caractères du tissu artériel lorsqu'elle est traversée par du sang rouge. L'occasion de vérifier ces altérations nous a été dernièrement offerte ; M. Puydebat ayant présenté à la Société un anévrysme variqueux qui datait de 18 mois, chacun de nous a pu se convaincre qu'on a exagéré les changemens qui surviennent dans les deux ordres de vaisseaux. Les veines avaient, il est vrai, des parois épaisses comme cela s'observe dans certaines varices ; quant aux artères, elles n'avaient pas changé d'une manière appréciable. Le changement eût-il d'ailleurs été plus considérable, on ne peut point le regarder comme une véritable transformation organique ; le cours du sang étant interverti ; les veines, qui avaient une pression plus considérable à supporter, se sont

hypertrophiées, en vertu de ce principe que le développement d'un organe est en raison de l'exercice auquel il se livre, ou de l'excitation à laquelle il est soumis. Pendant la gestation l'utérus prend un développement énorme et présente des fibres charnues qu'on n'y apperçoit pas pendant l'état de vacuité; le crémaster, distendu par un sac herniaire ou par une hydrocèle, ressemble à un muscle peaucier; les fibres musculaires préexistaient, elles sont seulement hypertrophiées. Ces phénomènes du même ordre diffèrent essentiellement de la transformation, par exemple, d'une membrane fibreuse en tissu osseux; il ne diffèrent pas moins du changement d'une membrane celluleuse en trois tuniques d'aspect différent, et ne peuvent point par conséquent être cités en faveur d'un phenomène avec lequel ils n'ont aucune espèce d'analogie.

De toute cette discussion, il résulte qu'aucune des opinions examinées n'est satisfaisante pour l'esprit, et que le fait reste inexplicable, tant qu'on suppose la tumeur anévrysmale formée par rupture des deux tuniques internes et distension de l'externe, et si, d'un autre côté, on considère que la pièce qui nous occupe diffère en plusieurs points essentiels de celles qui ont été décrites et représentées par Scarpa. Peut-être me trouvera-t-on excusable de penser que cet anévrysme, bien que présentant la forme propre aux anévrysmes par rupture, a cependant été formé par la dilatation des tuniques artérielles. Mes preuves sont : 1.° l'existence incontestable, sur les parois du sac, de trois membranes qui se continuent avec celles de l'artère, et qui sont, comme elles, altérées dans leur organisation; et 2.° l'aspect lisse de la circonférence de l'éperon, qu'on voit au contraire plus ou moins frangé et irrégulier sur toutes les planches de Scarpa. Si on m'objecte que la membrane moyenne du sac était plus mince, plus condensée et d'une couleur moins foncée que celle de l'artère, je répondrai que d'abord il a été établi qu'elle était fibreuse, et

qu'elle se continuait avec celle de l'artère, et que l'examen à la loupe n'a pu faire distinguer l'une de l'autre. Ensuite, je demanderai si l'aplatissement et la condensation de la membrane moyenne du sac n'est pas un résultat presque forcé de sa dilatation, et s'il ne serait pas plus extraordinaire qu'elle eût conservé son aspect normal. Enfin, je ferai observer que la membrane moyenne présente sur le sac des places jaunes où elle est semblable à celle de l'artère, et d'un autre côté, sur l'artère, des points où elle est décolorée et amincie comme sur la tumeur anévrysmale. L'altération des deux tuniques internes est un des argumens les plus puissans; car, suivant la remarque d'Hogdson, les apparences morbides propres aux artères se trouvent dans la plupart des dilatations, et manquent au contraire dans les anévrysmes, même lorsqu'ils sont entés sur une dilatation. Dans le cas que je vous ai soumis, une petite tumeur secondaire, résultat de la rupture de la poche principale, avait pour paroi une membrane d'aspect fibreux et non altérée, pendant qu'au contraire le kyste anévrysmal, suite de la dilatation des tuniques artérielles, présentait des membranes altérées. Cette pièce était, en quelque sorte, le résumé des propositions d'Hogdson. Si les deux membranes intérieures eussent été unies et lisses, peut-être serais-je moins affermi dans mon sentiment; mais elles étaient malades comme les tuniques artérielles avec lesquelles elles se continuaient : c'est là le cachet de l'organisation artérielle; ici l'identité de maladie indique évidemment l'identité de structure.

Cette portion d'artère s'est laissé peu-à-peu distendre par l'effort du sang; les parties voisines qui ont conservé leur ressort ont formé le contour de l'ouverture. La poche résultant de la dilatation des tuniques artérielles, cédant à la pression incessante de la colonne de sang, s'est successivement aggrandie et arrondie, jusqu'au moment où son extensibilité s'étant épuisée, il est survenu en avant une première

rupture, à laquelle je rapporte l'apparition de la petite tumeur superficielle. Enfin cette petite poche tendant à s'oblitérer par un mécanisme que j'ai exposé dans mon observation, l'anévrysme s'est trouvé de nouveau restreint aux seules parois artérielles; et cette circonstance, jointe au ramollissement et à la destruction partielle des couches fibrineuses, explique la nouvelle rupture qui eut lieu dans la plèvre, et termina la vie de la malade.

Observation de maladie générale des os; par M. Roberty, *interne à l'hôpital des Vénériens.*

Thévenot (Joséphine), âgée de 25 ans, lingère, d'une taille assez élevée, bien conformée, et n'ayant jamais eu de maladies sérieuses, se maria à 17 ans et eut une fille qui existe encore et qui est en parfaite santé. Ses parens sont encore vivans, et ne présentent aucune trace de maladie transmissible par hérédité.

Au mois de septembre 1833, elle entra dans les salles de M. Boyer, à l'hôpital des Vénériens, pour s'y faire traiter d'un écoulement blennorrhagique vaginal et de quelques végétations qui siégeaient sur la muqueuse vulvaire. Cette affection était récente, au dire de la malade, et lui avait été communiquée par son mari. Des applications émollientes furent faites, on excisa les végétations et la malade sortit au bout de quelques semaines. L'écoulement n'était pas entièrement tari.

Deux mois après (29 octobre 1822), elle rentra dans le même hôpital (service de M. Cullerier). Son écoulement avait disparu; aucun symptôme ne se présentait du côté des organes génitaux; mais des signes d'une affection qui paraissait beaucoup plus grave, engagèrent à la garder dans l'hôpital. Un an avant sa première entrée à l'hôpital, et avant sa blennorrhagie, nous a dit cette femme, elle

avait commencé à ressentir une fatigue générale dans tous les membres, fatigue que le moindre exercice augmentait considérablement. A ce sentiment pénible succédèrent des douleurs, qui d'abord faibles et vagues, devinrent ensuite plus intenses, et semblèrent se fixer principalement aux cuisses ; elles en occupaient le centre, et delà se portèrent ensuite sur toutes les autres régions du corps. Lors de sa première entrée à l'hôpital, Joséphine Thévenot ne s'en plaignit pas. Du reste, elles étaient alors peu intenses, et lui permirent de faire un long trajet à pied pour rentrer dans la maison. Mais après sa sortie, les souffrances augmentèrent. Plusieurs médecins lui dirent qu'elles étaient de nature syphilitique, et l'engagèrent à retourner à l'hôpital des Vénériens.

Quand elle suivit ce conseil (octobre 1833), les douleurs des cuisses étaient surtout beaucoup plus vives. Pendant les premiers temps de son séjour, la malade pouvait encore faire quelques pas en s'appuyant contre les murailles et les lits de la salle. Sa marche, qui était fort douloureuse, offrait cela de singulier que les genoux étaient fortement rapprochés l'un et l'autre, se heurtaient même dans le mouvement de progression ; phénomène qui a été signalé dans les fractures des deux cols du fémur. Elle fut bientôt forcée de garder le lit. Les membres inférieurs n'offraient aucune mobilité anormale, aucun racourcissement. Les membres snperieurs et le tronc jouissaient de toute leur mobilité ordinaire.

On crut à une affection de la moelle. Le traitement fut dirigé dans le sens de ce diagnostic. Il n'amena aucun soulagement. Les douleurs s'exaspérèrent au contraire. Le décubitus prolongé produisit une vaste escharre au sacrum, et la malade fut emportée par le travail d'élimination et par la suppuration abondante qu'entraîna l'existence de cette escharre. Quatre jours avant sa mort, 29 mars 1834, en voulant la remuer pour arranger le drap de son lit, sa cuisse

gauche se fractura à son tiers moyen à-peu-près. Aucun appareil ne fut appliqué.

Autopsie.— L'embonpoint du cadavre était encore assez prononcé, une large escharre occupait la région sacrée, avait envahi une portion du sacrum et adhérait encore aux parties saines.

Les centres nerveux, examinés avec la plus grande exactitude, n'offraient la trace d'aucune altération.

Les organes respiratoire et digestif étaient parfaitement sains ; ceux de la circulation étaient dans le même état.

Deux ou trois petites végétations siégeaient sur la muqueuse vulvaire. Du reste, les organes génitaux externes et internes ne présentaient aucune altération pathologique.

Les muscles avaient leur couleur ordinaire, n'étaient point amincis; un tissu cellulaire assez abondant et contenant encore une quantité notable de graisse, les séparait et doublait la peau.

L'examen du système osseux m'offrit les dispositions suivantes :

Tous les os ont conservé leur volume normal; ils ne présentent aucun gonflement, aucune tumeur. Leur poids est singulièrement diminué (d'un tiers à-peu-près du poids ordinaire.) Ils sont plus flexibles que dans l'état normal. Toutefois ils se rompent aisément quand la courbure qu'on leur imprime devient trop prononcée. Il me fut facile, avec les plus légers efforts, de fracturer tous les os longs. Les fractures ainsi produites sont comminutives ; les fragmens présentent des aspérités nombreuses. Il semble que le tube osseux a été déchiré plutôt que rompu. Beaucoup de sang s'écoula des surfaces fracturées. La fracture du fémur, produite pendant la vie, a les mêmes caractères.

Ce ramollissement et cette fragilité se rencontrent dans tous les os sans exception ; mais surtout aux fémurs, aux os des jambes, du bassin et aux vertèbres. Le périoste qui recouvre ces os se détache avec une extrême facilité,

et entraîne avec lui les prolongemens qu'il envoie dans le tissu osseux, pour y accompagner les vaisseaux. En comprimant un de ces os, on en voit suinter le sang par une multitude de petites ouvertures. Les vaisseaux sanguins des os, ceux qui viennent des artères et des veines nourricières, comme ceux que le périoste leur envoie, ont un volume plus considérable.

Tous les os ont une couleur rouge très-foncée. Le scalpel entame aisément leur tissu. Je n'ai point retrouvé cette prédominance de matières gélatineuses qu'ont signalée quelques auteurs qui ont décrit des os *carnifiés*. Il est évident que le phosphate calcaire est en proportion bien moindre ; je m'en suis assuré par l'analyse. On pouvait le prévoir par la diminution de la pesanteur des os ; le phosphate calcaire et les autres sels étant dans l'état normal, dans la proportion de 66, 70 sur 100 (Berzélius).

Quand on a enlevé le périoste, on trouve une couche de tissu osseux d'une demi-ligne d'épaisseur environ, qui semble presque réduite en poussière et désorganisée. Sous cette couche, le tissu osseux présente, dans les os longs surtout, une structure à fibres longitudinales, qu'on peut séparer, jusqu'à un certain point, du tissu cellulaire et des vaisseaux; (ce qui semblerait confirmer l'opinion d'Albinus). La couche de tissu osseux qui est en contact avec la membrane médullaire est dans le même état que la couche interne.

La cavité médullaire des os longs est considérablement augmentée, au point que dans le milieu des fémurs le cylindre osseux conserve à peine une ligne d'épaisseur. Elle est remplie par une substance médullaire, très-épaisse, semblable à de la bouillie, couleur lie de vin, et diaprée par des granulations jaunâtres qui lui donnent l'aspect que présente l'intérieur du foie après certaines résorptions purulentes.

La membrane médullaire est infiltrée de sang, épaissie;

elle se détache aisément du tissu osseux, et entraîne des filamens vasculaires adhérens au tissu osseux.

Dans les os courts, dans les extrémités des os longs, là où la membrane médullaire n'est plus représentée que par du tissu cellulaire, lamelleux, qui accompagne les vaisseaux sanguins, ces altérations sont moins prononcées.

Le deux cols du fémur ont entièrement disparu; ils ont été résorbés, et la tête de l'os ne tient plus au corps que par la capsule fibreuse articulaire.

Observation de spina-bifida; par M. LEDIBERDÈRE, *interne à l'hospice des Enfans-Trouvés.*

Le 18 avril 1834, a été apporté à l'hospice des Enfans-Trouvés un enfant du sexe féminin, né la veille. Longueur, 17 pouces; embonpoint marqué, teinte générale rosée, expression de la face calme, naturelle. L'enfant suce le doigt avec avidité, le ventre est souple. La poitrine est bien conformée, sonore dans toute son étendue; la respiration est régulière, accélérée : 50 par minute. Les battemens du cœur sont fort réguliers : 108 par minute.

A la partie postérieure et inférieure du tronc, sur la ligne médiane, existe une tumeur assez régulièrement arrondie, de deux pouces de diamètre, commençant presqu'au niveau de la crête iliaque, et s'étendant jusqu'à l'origine du sillon qui sépare les fesses; elle prend une teinte violacée au centre. Cette tumeur est élevée de quatre lignes au-dessus du niveau de la peau; elle est un peu aplatie dans son milieu; elle est molle, à parois assez minces. Sa surface est inégalement plissée, et on sent manifestement une fluctuation qui paraît due à la présence d'un liquide. La position, la respiration, les battemens du cœur, n'ont aucune influence sur le volume de la tumeur. La pression ne détermine aucun accident, ne fait point diminuer la tu-

meur ni soulever les fontanelles. A travers les parois on sent au fond un canal.

La sensibilité et la motilité sont les mêmes dans les membres inférieurs que dans les autres points du corps.

Le 19 avril, la tumeur prend une teinte rouge vers sa circonférence; son centre est couvert d'un liquide légèrement crémeux, jaunâtre, peu abondant.

Le 20, la tnmeur s'est vidée en partie; les langes sont imbibés d'un liquide incolore et sans odeur. La tumeur est revenue sur elle-même; les rides nombreuses qu'elle présente empêchent de distinguer l'orifice à travers lequel s'est épanché le liquide.

Le 21. Pendant la journée d'hier, l'enfant a été très-calme. Près la commissure des lèvres existent des points de muguet. Le ventre est légèrement tendu; diarrhée verdâtre. La tumeur, qui s'est un peu aggrandie, offre son plus grand diamètre transversalement; elle est rouge à sa circonférence. L'excoriation du centre présente une suppuration moins abondante, mais crémeuse, d'une bonne nature.

Du 22 au 24 inclusivement, le muguet s'est propagé aux deux joues. Quelques points se présentent à la langue, la bouche est toujours humide, la diarrhée persiste, le ventre est tendu, la peau est devenue chaude. La tumeur devient rouge et dure.

Le 25. Hier il y a eu des vomissemens. Ce matin la face est pâle; elle présente des contractions momentanées des paupières gauches et des muscles de l'œil gauche qui est tourné en haut et en dedans. La commissure gauche des lèvres est tournée en dehors et en bas. Ces contractions instantanées se succèdent fréquemment au nombre de cinq à six, et se suspendent pour revenir à des intervalles irréguliers, et surtout quand l'enfant fait quelqu'effort pendant qu'on l'examine. Si on le laisse en repos, ces mouvemens sont bornés à la face.

Les membres inférieurs sont souples ; leur sensibilité est la même.

La tumeur est affaissée, elle est devenue molle ; son centre, d'un brun noirâtre, présente des lambeaux gangrénés. La pression sur cette tumeur détermine les contractions de la face. Vomissemens des boissons.

La respiration est fréquente ; 80 par minute. La percussion est sonore, et l'auscultation donne les mêmes résultats que le premier jour.

L'enfant est mort une demi-heure après cet examen.

Autopsie 19 *heures après la mort.* — *Tête.* La cavité de l'arachnoïde ne contient ni pus, ni fausse membrane ; il en existe au-dessous d'elle, le long des anfractuosités ; les sillons qu'il forme sont surtout apparens en arrière, et ne se prolongent pas sur les parties antérieures. Le cerveau n'a pas été ouvert. Le quatrième ventricule ne contient point de pus.

A la colonne vertébrale, les troisième et quatrième vertèbres lombaires sont ouvertes en arrière, ne présentent point d'anneau, non plus que le sacrum. Ces parties sont occupées par la dure-mère qui vient former une tumeur de laquelle partent les filets nerveux qui forment la queue de cheval. Ces filets sortent par les trous de conjugaison, et là ils se comportent comme dans l'état ordinaire. Dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne se trouvent des fausses membranes jaunes, minces, molles, qui s'étendent jusques vers le trou occipital et ne le dépassent point. Ces membranes étant enlevées, le feuillet de l'arachnoïde incisé, on trouve au-dessous, entre lui et la pie mère, du pus jaune, peu consistant, qui se prolonge jusque dans les sillons des circonvolutions. La moelle ne paraît pas ramollie, les nerfs qui la terminent se séparent les uns des autres en entrant dans la tumeur ; ils forment plusieurs faisceaux qui s'appliquent exactement contre ses parois et qui y sont adhérens. Cette cavité contient un pus brunâtre, extrêmement fétide, que fait écouler la pression ou la position déclive à travers

une ouverture irrégulière formée par des lambeaux brunâtres fétides.

Plusieurs signes indiqués par les auteurs manquaient dans ce cas. Ainsi point de mouvemens isochrônes à ceux du cœur ou aux mouvemens inspiratoires; point de symptômes de compression cérébrale par la pression forte sur la tumeur. Je dois joindre à ce cas un autre fait du même genre : c'est celui d'un enfant de deux mois, fort, bien constitué, qui présente aussi à la région lombaire une tumeur un peu plus volumineuse que la précédente, régulière, même arrondie, fluctuante, au fond de laquelle on sent les inégalités formées par la division des arcs postérieurs des vertèbres. Cette tumeur est sans aucun changement de couleur à la peau, qui est épaisse et ne menace point encore de rupture prochaine. Cette tumeur n'éprouve, comme la première, aucun mouvement qui soit en rapport avec ceux du cœur ou avec ceux des poumons. La compression ne la réduit point; quand cette compression est forte, l'enfant pousse des cris, s'agite, mais point de convulsion, point de syncope. Les fontanelles ne sont point soulevées. Les membres enfin sont bien développés; la peau y jouit de la même sensibilité que dans les autres parties du corps; leur direction est naturelle.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Sur l'absence de contagion de la rage communiquée; par AUGUSTIN CAPPELLO, *de Rome* (1).

Le docteur Capello qui, depuis beaucoup d'années, s'est

(1) *Opuscoli scientifici di Agostino Cappello.* Roma, 1830; in-8.° — *Memoria sulle idrofobia*, p. 1. — Extrait fait par M. FORNARI, D. M. — Quoique ce mémoire date déjà de plusieurs années, puisqu'il fut lu en 1823 à une Société savante, nous avons cru devoir le faire connaître, les résultats que nous en avons tirés étant à-peu-près ignorés en France.

livré avec ardeur à des recherches sur cette maladie, a publié deux mémoires dans lesquels il cherche surtout à prouver que la rage, après sa première transmission à un autre animal, sans en excepter les espèces du genre *canis*, ne conserve plus sa propriété vénéneuse, mais que cette propriété est détruite sans que l'affection puisse se reproduire comme les maladies contagieuses. Voici les faits principaux que présente l'auteur à l'appui de son opinion.

Obs. Ire Dans la campagne de Caserano, tout près de Tivoli, un chien, affecté de rage spontanée, mordit un jeune homme nommé Dominique Giaco, âgé de 24 ans. La plaie, après avoir donné quelques gouttes de sang, se cicatrisa, et le jeune homme parut jouir d'une bonne santé. (Il n'est pas donc constant, comme des auteurs l'ont avancé, que la blessure reste ouverte). Un bœuf avait été mordu en même temps, et le chien était disparu. Trois jours après la morsure, le bœuf fut assailli des symptômes de la rage. Il mordit beaucoup d'animaux de son espèce et d'espèces differentes, jusqu'à ce qu'on l'eût tué en lui tirant plusieurs coups de fusil; mais aucun des animaux mordus ne fut affecté de la rage.

L'accident du bœuf épouvanta tellement le jeune homme qui avait été mordu en même temps, que, malgré sa bonne santé, il se décida à subir un traitement; on appliqua 12 sangsues sur la partie affectée; on pratiqua, selon la méthode de Wendelstadt, les lotions d'hydrochlore (acide hydro-chlorique) quatre fois dans la journée. On appliqua aussi le cautère actuel, lequel aggrandit la plaie de manière qu'elle ne pût se cicatriser. Il s'était passé quatre mois et on aurait cru que ce jeune homme était à l'abri de tout accident, lorsqu'il devint triste et se mit à pleurer. On lui donna de l'huile de ricin uni au proto-chlorure de mercure; 14 sangsues furent appliquées à l'anus, et en même temps on lui tira une livre de sang du bras gauche. La tristesse et la crainte s'accrurent rapidement; toutes les trois heures

on lui administra par force deux à trois grains de racine d'*Atropa belladona* qu'on continua pendant trois jours sans aucun succès. Les bords de la plaie étaient devenus fongueux, et on l'irrita avec la poudre de cantharides. La maladie faisait des progrès, l'aversion pour les alimens, pour les boissons , et par intervalle pour tout ce qui frappait ses sens, augmenta. Dans cette malheureuse position on l'amena à l'hôpital où il fut attaché dans son lit à cause de la fièvre et du délire furieux qu'il éprouvait. La salivation était abondante et écumeuse. Il n'était pas possible de lui faire avaler aucune sorte d'alimens ou de boissons. Dans un moment de trève on lui fit trois saignées, et on laissa le sang couler jusqu'à l'évanouissement. Les symptômes s'exaspérèrent; le malade désirait la mort; on employa presque trois onces de pommade mercurielle pour lui faire des frictions; tout fut inutile, le malheureux mourut cinq mois après la morsure.

Le cadavre, dont on fit l'ouverture dans la même journée, présenta un commencement de putréfaction. On observait çà et là des lividités sur la surface extérieure du corps. Les vaisseaux cérébraux étaient engorgés. Les voies laryngo-pharyngées de couleur d'un brun noirâtre. Le long du trajet de l'œsophage et de l'appareil gastro-intestinal, on observait des points noirâtres. Le foie était volumineux, la bile noirâtre et d'une odeur fétide. Le péricarde ne contenait pas de sérosité; le cœur semblait diminué de volume; les organes de la génération, livides et tuméfiés; le sang, dont on avait tiré douze livres, ne s'est pas coagulé.

La bave fut inoculée à un petit chien que l'on a renfermé, mais auquel on a donné la liberté au bout de huit mois, parce qu'il ne présentait aucun symptôme de rage.

Obs. IIe Le chien d'un bouvier fut affecté de rage spontanée; avant de le tuer on recueillit une certaine quantité de salive, qui fut inoculée à un chat et au même petit chien dont il a été parlé ci-dessus. Le sixième jour de l'inocula-

tion, le chien devint triste, commença à refuser les alimens et les boissons. Le onzième jour se développèrent tous les symptômes de la rage; il y avait aversion pour les liquides, fureur, bave écumeuse, etc.; les symptômes nerveux augmentèrent avec une rapidité extrême et continuèrent jusquà la mort, qui arriva le quatorzième jour après l'inoculation.

Obs. IIIe—La salive de ce même chien fut inoculée à un autre petit chien à l'aide d'un plus grand nombre d'incisions que dans les cas précédens; après qu'on l'eût laissé pendant sept mois enfermé, on le mit en liberté parce qu'il ne présentait aucun symptôme de la rage.

Obs. IVe—Chez le chat dont nous avons parlé précédemment (*obs.* II), la rage se développa trente-quatre jours après l'inoculation, et l'intensité de la maladie fut telle, que le deuxième jour la mort eut lieu. La bave fut inoculée à un autre chat qui est resté six mois enfermé et n'a pas présenté les symptômes de la rage.

Obs. Ve—Dans le mois de mars 1816, un chien, enragé spontanément, mordit, à Tivoli, deux chiens. L'un d'eux fut tué après la morsure; l'autre, atteint de tous les symptômes de la rage, s'échappa par les rues et mordit trois à quatre femmes qui allaient à la campagne; aucune ne fut affectée de la rage.

Obs. VIe—En 1818, au mois de janvier, M. Capuccini, en revenant de la chasse, vit venir, tout près du pont Lucane, un chien avec les yeux brillans, regard féroce, bave écumeuse, qui assaillit et mordit son chien. M. Capuccini lui tira un coup de fusil et le tua, sans penser qu'il fût enragé. Trente-huit jours après, le chien mordu devient triste, refuse les alimens, a de l'horreur pour l'eau, sort dans la rue et mord quatre chiens qu'il rencontre. Tout le monde s'enfuit à l'aspect de l'animal enragé, excepté deux enfans qui sont mordus. Le chien disparaît, mais ensuite on le trouve mort dans le même endroit où il avait présenté les

premiers symptômes de la rage. On vérifia en même temps qu'un chien d'un jardinier était devenu spontanément enragé, et c'était précisément celui qui avait été tué près le pont Lucane. Les maîtres des quatre chiens mordus firent des plaintes contre M. Capuccini ; mais il leur assura que les quatre chiens, étant mordus par un chien dans lequel la rage s'était développée, par communication ou par deuxième degré, seraient exempts de la rage. On assura la même chose aux parens des deux enfans mordus : le prognostic s'est vérifié complètement.

Obs VIIe — M. Rosa avait deux chiens, un d'une belle apparence, l'autre de mauvaise mine. Ce dernier, après avoir refusé les alimens et les boissons, triste et tremblant, sort de la maison pour n'y plus rentrer; mais avant de sortir il mord l'autre chien, se dirige vers le mont Ripoli, et quelques jours après on le trouve mort dans cet endroit. Après avoir vérifié qu'il n'avait été mordu par aucun autre animal et que, par conséquent, la rage était spontanée, on prevint M. Rosa que son autre chien serait atteint de la maladie. En effet, au bout de cinquante et un jours, le chien est assailli par tous les symptômes de la rage; et quoique retenu avec précaution, il rompt ses chaines, mord la femme de ménage et le domestique, sort de la maison, et dans une rue près de la place de Jésus, mord plusieurs femmes qui sortaient de l'église; ensuite il se dirige vers la rue du Palais-communal où il mord plusieurs fois les chiens de François Giansanti et des sieurs Betti. Il passe sur la place Palatine et se dirige vers Saint-Valérie; il rencontre M. de Angelis, le mord sur le dos de la main en lui faisant une légère blessure et en laissant une quantité de bave; enfin, dehors la porte Saint-Ange, il mord une femme âgée et une petite fille, et se précipite dans les ruines de la campagne de Quintilie Varo. Aucune des personnes ni aucun des animaux ne furent attaqués de la rage.

Obs. VIIIe — Un chien de M. Etienne Jani, marchand,

commence, sur la fin de mai 1821, à être triste et abattu; il ne reste plus avec le domestique, Séraphin Orsini, dont il était compagnon inséparable. Dans la matinée du 29, le chien, à peine sorti de la maison, s'élance sur un chien de Madeleine Romani, qui, malgré sa force et l'attaque dont il est l'objet, ne se défend pas. Le domestique le menace fortement et le fait rentrer à la maison. Les symptômes de la rage augmentent; le lendemain le chien, non-seulement refuse le pain que lui jette le domestique, mais s'échappe de la maison; il fuit d'autant plus qu'on l'appelle. Le domestique le poursuit, le rejoint sur la place de la Cathédrale et le prend par le cou. Le chien se retourne et le mord légèrement à la main gauche ; néanmoins le chien est reconduit à la maison, et comme la rage faisait des progrès, on le tue et on le jete dans le fleuve. Quinze jours après la morsure, le malheureux domestique commence à devenir triste; il perd le sommeil et l'appétit; il y avait constipation. On donne par force un purgatif de résine de jalap et des boissons d'acide hydro-chlorique. A l'extérieur on scarifie la partie mordue, on applique des vésicatoires, etc. Voyant l'inefficacité de ces remèdes, on fait usage d'opium et de musc; mais la maladie augmente; la déglutition devient impossible ; on ne v
cune éruption ou altération au frein de la langue, ni aux parties voisines. Le cinquième jour de l'invasion, le malade meurt dans des souffrances horribles. Des circonstances particulières n'ont pas permis l'ouverture du cadavre.

Cet événement avait produit une grande terreur dans toute la famille. La mère de M. Jani traversait sa chambre, et un lapin, qui avait une grande quantité de bave au dehors de la bouche, lui fit une marque à la jambe gauche; ce lapin passe dans l'écurie voisine, et y mord plusieurs fois les pieds de derrière d'un cheval; ensuite il se cache, et meurt enragé. On trouva sur son corps deux blessures, dont une n'était pas encore cicatrisée ; ce lapin avait vécu

avec le chien mort auparavant enragé. Ni la maîtresse de la maison ni le cheval n'ont eu la rage.

Obs. IXme. — Le chien de Madeleine Romani avait été mordu le premier, comme nous avons dit; néanmoins la rage ne se développa que deux mois après la mort du domestique Orsini, et du lapin; peut-être, dit l'auteur, parce qu'il fut mordu quand la rage chez le chien aggresseur était dans sa naissance. Un jour ce chien sort de bonne heure de la maison, furieux, et mord tout ce qui se présente devant lui; plusieurs chiens et cinq personnes ont été mordus, mais ni les unes ni les autres n'ont présenté les symptômes de la rage.

Le docteur Capello, d'après ces observations, non seulement conclut que la rage ne se communique pas au-delà du 2me degré, mais aussi il cherche à prouver que sa nature n'est pas contagieuse. Les maladies contagieuses, dit-il, se reproduisent plusieurs fois presque à l'infini, et partout; cela n'arrive pas pour la rage. Celles-là, par un germe latent, sous des circonstances atmosphériques non-connues, se montrent et disparaissent à des époques déterminées; la rage, au contraire, se présente dans toutes les époques. Les affections contagieuses, soit universelles, ou qui affectent seulement le système dermique, produisent toujours dans le même système quelque éruption ou efflorescence, au moyen de laquelle on connaît la véritable forme de la maladie contagieuse. La rage, au contraire, ne présente aucune éruption à la peau. Celles-là exercent une influence plus ou moins intense, en raison des changemens météorologiques. La rage, au contraire, fait les mêmes progrès, quelles que soient les circonstances des temps, des lieux et de l'atmosphère. Les contagions, depuis leur premier développement, sont tellement affaiblies, que quelques-unes ont disparu de la surface de la terre. La rage, au contraire, depuis le premier moment qu'on l'a décrite, a conservé toujours le même caractère. Celles-

là, lors même qu'elles ont un caractère fâcheux, épargnent beaucoup des individus qui en sont attaqués. La rage, au contraire, soit spontanée, soit communiquée en premier degré, une fois qu'elle se développe dans un animal quelconque, est toujours mortelle. Enfin, les contagions se propagent avec d'autant plus de facilité, qu'elles sont plus funestes, et se transmettent non-seulement par le contact immédiat, mais aussi médiat. La rage, au contraire, quoique très-funeste, ne se transmet pas sans une solution de continuité.

Une différence de telle nature, ajoute l'auteur, me faisait douter de plus en plus de la contagion de la rage. La rage canine semblerait donc former l'anneau moyen qui unit la chaîne des contagions à celle des poisons proprement dits? Je faisais ces réflexions quand, après plus de 40 jours, de beaucoup d'animaux mordus dans le mois de mars 1811 par le bœuf dont il a été question dans la première observation, aucun ne devenait enragé. Je pensais à l'opinion de ceux qui, sans nous présenter des raisons convaincantes, affirment que les herbivores ne communiquent pas la rage. Mais des argumens fournis par l'analogie étaient contraires à cette assertion. Outre l'anthrax charbonneux et autres maladies contagieuses des animaux herbivores, je pensais à l'heureuse découverte de la pustule de la vache, laquelle, non-seulement des vaches se propage sans accident par l'inoculation aux autres espèces, mais aussi préserve l'homme du fléau de la petite vérole. A l'appui de mes réflexions, il me parvint sur la fin du mois d'avril de la même année le cahier d'août 1810 du *Journal Medico-chirurgical* d'Alexandre Flajani. Il y avait un article dans lequel, outre les observations du professeur Rossi, de Turin, à ce sujet, on trouvait aussi l'observation suivante du professeur Bader : « Ce professeur eut un chien enragé, qui mordit plusieurs autres chiens : ceux-ci devinrent enragés, mais ne com-

opinion. Ces animaux sont privés de vésicules séminales, de manière que le fluide prolifique ne peut pas être excrété sans la copulation ; aussi l'espèce canine est-elle fournie des moyens qui tendent à prolonger la durée de cet acte. Chez les autres animaux, au contraire, pourvus de vésicules séminales, ces vésicules tiennent en dépôt l'humeur sécrétée, laquelle peut être non-seulement résorbée, mais éjaculée aussi sans copulation. Cela n'étant pas pour le chien, le sperme surabonde incessamment dans ses vaisseaux spermatiques, et l'état d'orgasme vénérien dans lequel il est continuellement, réagit sur tout son individu.

En Egypte et dans les autres provinces mahométanes, on ne voit pas la rage ; cela tient peut-être à la facilité que trouve l'espèce canine à satisfaire ses désirs. Quelques auteurs célèbres rapportent que les chiens castrats sont très-rarement affectés de la rage (1).

---

(1) Cette opinion de M. Cappello sur l'étiologie de la rage, avait été déjà émise par un auteur allemand, M. Greve (Bern. Ant.), dans l'ouvrage intitulé : *Erfahrungen und Beobachtungen über die krankheiten der hausthiere in vergleich mit den krankheiten der menschen*. T. I.er, 1818, in-8.° Cet auteur, d'après la note que nous remet à ce sujet M. Dezeimeris, appuie son sentiment sur les expériences et les observations suivantes : 1.° la rage a été produite chez des chiens que l'on empêchait, à plusieurs reprises, de satisfaire leur appétit vénérien, en les éloignant des femelles qu'ils étaient près de saillir. 2.° La rage est assez souvent causée chez les chiens de bergers par la masturbation exercée sur eux par ces derniers ; masturbation qui excite au plus haut degré l'appétit vénérien de ces animaux sans qu'ils puissent le satisfaire, parce qu'il n'y a pas d'éjaculation. 3.° Les chiennes ne sont jamais prises *spontanément* de la rage, parce que l'appétit vénérien est moins violent chez elles que chez les mâles, parce que cet appétit éprouve chez elles de longues intermittences, et qu'il est presque toujours satisfait.

REVUE. GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie pathologique.

TUMEUR PILEUSE ET DENTIFÈRE DÉVELOPPÉE DANS LE TESTICULE D'UN ENFANT. — *Obs. rec. par M. le doct. André, de Péronne* — Ovide-Emile Caze, de la commune de Templeux-la-Force, arrondissement de Péronne, parut à sa naissance très-bien conformé et bien portant. Au bout d'un an environ, ses parens s'aperçurent que le testicule droit était plus volumineux que le gauche, et six mois plus tard, l'enfant fut opéré pour une hydrocèle par le docteur Capon. La ponction fut suivie de l'écoulement d'un peu de sérosité, mais il paraît qu'après cette évacuation le testicule conserva plus de volume que dans l'état normal; ce qui fit dire, *deux ans* après au chirurgien du lieu, qu'une nouvelle opération serait un jour nécessaire: du reste l'enfant ne souffrait aucunement. Il y a dix mois environ que le jeune Caze, aujourd'hui (15 janvier 1834) âgé de sept ans, commença à se plaindre de la tuméfaction du testicule qui devint sensible au toucher. A la suite de l'application répétée de topiques émolliens sur la tumeur, une petite ouverture se forma à la partie antérieure du scrotum, donnant chaque jour issue à une petite quantité d'un pus blanc et épais. Ce fut alors que le docteur André vit le jeune malade. Le testicule était triplé de volume, de forme irrégulière, adhérent à ses enveloppes, sensible à la pression qui déterminait l'écoulement d'un peu de pus. Les ganglions lymphatiques de l'aîne étaient tuméfiés. Au bout d'un mois on vit sortir de la petite plaie du scrotum un tubercule charnu de la grosseur d'une cerise, au centre duquel on remarquait trois points osseux dont le poli et la blancheur étaient analogues à ceux de l'émail des dents. En écartant ce tubercule, on aperçut dans l'ouverture des tégumens plusieurs poils longs dont quelques-uns furent extraits. Ces diverses particularités firent penser à M. le docteur André que cette tumeur était formée par les *débris d'un fœtus entés sur le testicule*, opinion qui fut partagée par MM. les docteurs Legros, Coquin, Renard, Coquille, d'Hervilly, lesquels pensèrent qu'il fallait se borner à seconder le travail d'élimination qui ne pouvait manquer d'entraîner la séparation spontanée de la tumeur. Six semaines plus tard, une nouvelle portion avait franchi la plaie étroite de la peau du scrotum qui, seule des enveloppes de la tumeur, n'y était pas adhérente. Cette partie de la tumeur avait huit lignes de longueur, quatre lignes de diamètre; elle était séparée par un collet circulaire, du tubercule charnu primitivement sorti de la

plaie. Quoique d'apparence charnue, on reconnaissait au toucher qu'elle n'était pas formée seulement de parties molles; elle portait un second étranglement au voisinage de la peau, sous laquelle on sentait un bourrelet circulaire de six lignes environ de diamètre, qui parut formé par l'adhérence de la tumeur au testicule. La santé générale de l'enfant était d'ailleurs très-bonne.

La tumeur devenant de plus en plus gênante par son accroissement et par les aspérités de sa surface, une ligature fut appliquée sur elle à sa sortie de la plaie du scrotum, là où elle était aussi plus rétrécie et plus voisine de son implantation sur le testicule. Le premier effet de cette constriction fut la chute du tubercule charnu qui surmontait la tumeur, et dans l'épaisseur duquel étaient implantées les trois dents. Le reste se sphacéla, et fut emporté avec le bistouri quelques jours plus tard. « Après l'opération, dit M. le docteur André, désireux de connaître la composition de la tumeur principale, j'ai fait une incision en écartant, des deux côtés, le tissu graisseux; j'ai découvert un petit corps plus dur, osseux, que je regarde comme un petit embryon. J'ai remarqué que l'enveloppe de cette partie osseuse n'était pas partout adhérente, et qu'il y avait apparence d'un kyste qui, peut-être, contenait autrefois le liquide obtenu par la ponction faite il y a six ans. Peut-être aussi, ce que je regarde comme dépendant d'un kyste particulier n'est-il qu'une portion des enveloppes du testicule, devenues adhérentes depuis l'opération de l'hydrocèle. Aujourd'hui, quinzième jour après l'ablation de la tumeur, le testicule a diminué de volume, il est insensible, même à la pression; le bourrelet circulaire, qui indique l'adhérence, est moins saillant, mais la petite plaie n'est pas entièrement cicatrisée. On y voit encore une petite excroissance charnue, traversée par quelques poils dont deux, longs de deux pouces, ont pu être extraits. Je crois cependant qu'il reste peu de corps ces étrangers, et que bientôt la guérison sera complète. »

En adressant cette observation à l'Académie, M. le docteur André y avait joint la tumeur dont on vient de lire la description. MM. Ribes, Velpeau et Ollivier (d'Angers) rapporteur, l'ont disséquée avec soin, et voici comment ce dernier s'exprime à ce sujet. « Nous avons reconnu que le corps osseux, que M. André regarde comme un petit embryon, n'est autre chose qu'une grosse molaire dont la couronne est formée par un tissu éburné, dépourvu d'émail, et dont la configuration est très-irrégulière. La portion, qui représente la racine, est formée par un tissu osseux spongieux, creusée à son centre de telle sorte, que son extrémité a beaucoup de ressemblance avec celle des racines des dents de la première dentition. Cette production osseuse faisait saillie à l'intérieur d'un kyste fibro-celluleux dont nous avons retrouvé les vestiges. Dans la portion de la tumeur formée par le tubercule charnu pri-

mitivement sorti, nous avons trouvé trois dents, dont deux très-petites, irrégulières, composées d'une couronne sans racine, tandis que la troisième, plus grosse, en est pourvue, et offre tous les caractères d'une dent canine. La couronne des deux plus grosses est recouverte d'émail.

Dans les débris que nous avons soigneusement examinés, nous n'avons pas remarqué de poils : le tissu fibro-celluleux, dans lequel toutes ces dents étaient implantées, ne présentait aucun des caractères anatomiques de la peau. A la vérité, l'immersion prolongée de la tumeur dans l'alcohol, avait condensé et raccorni ce tissu, de manière à ne laisser reconnaître que difficilement sa véritable nature; mais nous rappellerons ici que M. le docteur André parle seulement d'un tissu graisseux qu'il divisa pour découvrir le corps osseux qu'il avait pris pour un embryon, et tout porte à penser que le tissu fibro-celluleux, dont nous venons de parler, n'est que ce même tissu cellulo-adipeux, durci et altéré par l'alcohol. Quels étaient les rapports de la tumeur avec le testicule ? Etait-elle simplement accolée et adhérente à cet organe, ou contenue dans son épaisseur ? C'est un point qui n'a pu être être éclairci, ainsi qu'on vient de le voir par les détails de l'observation. »

Le rapporteur, (M. le doct. Ollivier, d'Angers), examinant ensuite les différentes observations de monstruosité par inclusion, et les rapprochant du fait communiqué par M. André, est conduit à conclure qu'on ne peut l'assimiler à ces observations. Comparé, au contraire, aux exemples nombreux de production accidentelle de poils et de dents, il en offre tous les caractères, et appartient évidemment à cette classe de productions organiques qu'on ne peut considérer comme résultant d'une conception double, mais imparfaite; origine incontestable de la monstruosité par inclusion. Enfin, d'après les recherches savantes de Meckel, l'observation de M. André est le premier exemple d'un kyste dentifère et pileux dans le testicule. (Extrait du rapport de M. Ollivier d'Angers, inséré dans le quatrième *fascicule* du IIIe vol des *Mém. de l'Acad. roy. de méd.* 1834. In-4°).

Pathologie.

Mort subite. — *Lésion circonscrite de la pie-mère cérébrale, et péricardite, qui n'ont été révélées par aucun symptôme. — Par le docteur Pommer, de Heilbronn.* — H., de petite taille, mais fortement constitué, âgé de 39 ans, menuisier, puis soldat depuis sept ans, commettant de temps à autre des excès d'eau-de-vie, promu au grade de sergent-major, fut condamné pour escroquerie, à être dégradé par les soldats, et à huit jours de prison. Pendant ces huit jours il était au pain et à l'eau pendant deux jours consécutifs, et recevait la ration du soldat le troisième. La maison d'arrêt était convena-

blement chauffée, le prisonnier pourvu d'un matelas et d'une couverture. Ces huit jours se passèrent sans que H. parût nullement affecté ni au moral ni au physique. Il conserva de la gaîté, de l'appétit. Cet homme n'avait jamais eté malade depuis qu'il était militaire. Mis en liberté, il chercha à se procurer de l'ouvrage, et c'est dans ce but qu'il était venu à Heilbronn. Le 14 janvier 1831, il était à la veille d'entrer dans une filature. Passant devant un corps-de-garde, il est salué par un ancien camarade ; il y entre avec lui. Tout le monde trouve à H. un air bien portant, et il se dit bien portant lui-même. La nuit approchant, H. pria un soldat d'aller lui chercher pour deux kreutzers de pain et d'eau-de-vie. Il avait à peine repris sa conversation avec son camarade, qu'il tomba mort.

Autopsie 22 heures après la mort. — Température à — 4° R. dans la salle de repos, et — 10.° en dehors. — *Extérieur.* Cadavre d'un embonpoint médiocre, offrant les taches qui se voient ordinairement après la mort. Raideur cadavérique ordinaire ; ventre peu ballonné.

Tête. Les tégumens ni la boîte osseuse n'offrent rien de particulier. Dure-mère normale ; l'arachnoïde au contraire a perdu sa transparence, on ne distingue plus les circonvolutions ; elle est épaissie et adhérente à la pie-mère. Le siège de cette lésion se trouve au milieu des hémisphères cérébraux et à peu de distance du sinus longitudinal supérieur, et offre environ un demi-pouce carré de surface de chaque côté. L'épaisseur des membranes adhérentes est d'une bonne demi-ligne. Les grosses veines qui traversent les parties malades sont oblitérées, ou au moins leur cavité ne livre pas passage à une sonde introduite en dehors des points lésés. Les sinuosités décrites par les vaisseaux adhéraient entre elles dans ces mêmes points. Cette circonstance n'est pas rare dans les cas d'inflammation ou de dégénérescence des organes parenchymateux (poumon, foie, utérus) : dans ce cas les vaisseaux oblitérés ont l'aspect d'une bande ligamenteuse, mais à ma connaissance rien de semblable n'avait été encore observé dans la pie-mère. Le reste de l'arachnoïde n'offre rien de remarquable. Le tiers postérieur du sinus longitudinal contient environ deux petites cuillerées de sang liquide, les sinus transverses une petite cuillerée. Point d'épanchement sanguin, soit à l'extérieur de la dure-mère, soit entre les membranes, soit dans la substance cérébrale, dont la coupe n'offre rien d'anormal. Un gros de sérosité limpide dans le ventricule droit, deux scrupules dans le gauche ; plexus choroïde plus pâle qu'à l'ordinaire. Les membranes de la base du cerveau, les vaisseaux, la moelle alongée, le pont de varole, l'origine des nerfs, sont tout-à-fait dans l'état naturel. Le cervelet n'offre rien de particulier ; point de sérosité en quantité notable dans la portion supérieure du canal rachidien.

Thorax. Dans la plèvre droite trois onces, dans la gauche trois

onces et demie, et dans le péricarde une demi-once de sérosité d'un jaune-rougeâtre, n'exerçant aucune action sur le papier de tournesol. Nerfs diaphragmatiques, pneumo-gastriques et sympathiques à leur entrée dans la cavité thoracique, d'un aspect et d'une consistance normale. Le feuillet externe du péricarde offre une ligne d'épaisseur; il est opaque, coriace et résistant. Sa surface interne offre de nombreuses arborisations fines et des points comme ecchymosés, ce qui lui donne un aspect jaspé et ondé. Cœur recouvert d'une lymphe coagulée qui s'enlève comme une fausse membrane et sous forme de concrétion caséiforme, et d'un aspect blanc-bleuâtre et grisâtre. Il n'existe point d'adhérences entre ces concrétions membraneuses et caséiformes, et le cœur. Après qu'on les a enlevées, la surface offre le même caractère que le péricarde ci-dessus décrit. Cavité droite considérablement dilatée, contenant environ trois onces de sang rouge-brun, mi-fluide, mi-coagulé, et une concrétion polypeuse de couleur ambrée, qui se ramifie dans la veine cave supérieure, l'oreillette et le ventricule droits; elle ne présente aucune trace d'organisation, pèse cinq gros; une concrétion analogue dans le ventricule gauche, du poids de deux gros, envoyant des ramifications jusques dans les premières divisions de l'artère pulmonaire; environ deux cuillerées à café de sang noir, légèrement coagulé, sur les parois du ventricule; une dans le tronc et les branches de l'artère pulmonaire, et deux dans les veines pulmonaires et l'oreillette gauche; point de sang dans le ventricule gauche, dont la surface interne, aussi bien que celle du ventricule droit, le volume du cœur, l'épaisseur de ses parois, n'offrent rien de particulier. Artères coronaires dans l'état normal, et, comme à l'ordinaire, exsangues. Larynx et trachée dans l'état naturel; bronches, à partir de leur bifurcation jusque dans leurs plus petites divisions, d'un rouge-cerise sale, ne diminuant pas par le lavage au moyen d'une éponge. Adhérence partielle, facile à déchirer, du lobe supérieur du poumon droit avec la plèvre costale; adhérences également du lobe inférieur gauche avec le diaphragme. Les deux poumons paraissent sains à la vue et au toucher, mais en les coupant on en a fait sortir plus de sang que dans l'état naturel, et leur coupe offre un aspect splénisé. Environ quatre cuillerées à café de sang noirâtre liquide dans la courbure et la portion thoracique de l'aorte, dont la capacité, à l'origine des carotides, est sensiblement plus grande que dans l'état sain. Les parois ont une ligne d'épaisseur. Sa surface interne jusqu'aux iliaques primitives est parsemée de petites saillies verruqueuses; les plus grosses ont le volume d'un petit pois. Elles ont un aspect jaunâtre et une consistance lardacée; aucun vaisseau ne les pénètre : elles sont situées entre les tuniques interne et moyenne de l'aorte dont elles n'ont aucunement rongé ou ulcéré les parois. Les ganglions thoraciques sont sains.

Estomac. L'estomac est petit, retiré sur lui-même, vide, couvert intérieurement d'un mucus grisâtre; membrane muqueuse sans traces d'inflammation ni de ramollissement. Il en est de même de la muqueuse œsophagienne et intestinale du reste du tube digestif. Foie sain, peut-être un peu plus volumineux, et contenant un peu plus de sang qu'à l'ordinaire. La vésicule biliaire contient environ une once de bile verd-bouteille. Pancréas, rate et reins dans l'état normal; il en est de même du plexus cœliaque examiné avec le plus grand soin. Dans la vessie, environ dix onces d'urine de couleur citrine, rougissant fortement le papier de tournesol. Les membranes, les vaisseaux et l'origine des nerfs de la moelle épinière, et cette dernière elle-même, examinés avec beaucoup de soin, n'ont rien offert d'anormal. Quelques glaçons dans l'extrémité inférieure du canal rachidien. (*Medicinish : Correspondenz-Blatt*, N.° 2, mars 1833).

Ramollissement de la protubérance cérébrale ; invasion brusque ; mort. — Gaspard Joseph, âgé de 31 ans, d'une forte constitution, fut apporté à l'hôpital le 26 janvier 1833. Il était sans connaissance, hémiplégique de tout le côté gauche, avec perte de sensibilité dans toute cette partie. La respiration était presque ordinaire, le pouls très-dur et fréquent; les pupilles très-dilatées, la gauche immobile, et la face tiraillée en bas et à droite. (On apprit que la veille de son entrée, il était tombé tout-à-coup avec perte de mouvement de tout le côté gauche, perte de la parole, et qu'il s'était plaint de céphalalgie pendant plusieurs jours avant son accident). On lui fait deux fortes saignées de pied, à la suite desquelles il recouvre faiblement la connaissance, et la vue du côté droit. Alors il peut tirer la langue, dont la pointe s'incline à gauche, tandis que la bouche est tordue à droite. Si on l'interroge, il répond d'une manière embarrassée, par monosyllabes, comme si sa langue était attachée à son palais. Si on lui demande où il souffre, il lève la main droite d'une manière incertaine et avec tremblement, et la porte sur le sommet de la tête, en accompagnant ce mouvement de quelques mots inintelligibles. Son pouls a conservé sa fréquence; la face porte l'empreinte de l'abattement et de la souffrance à un degré extrême; même immobilité du côté gauche; pas de délire, mais obturation des facultés intellectuelles. Quelques vomissemens spontanés ont lieu le deuxième jour de son entrée, mais ils ne reparaissent plus les jours suivans. Deux autres saignées; vésicatoires aux jambes, à la nuque; lavemens purgatifs, tisane d'orge et de pulpe de tamarins). Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration semble continuer pendant quelques jours. Néanmoins le pouls et la face conservent les mêmes caractères. Le dixième jour, cette espèce d'amendement cesse tout-à-coup. Le malade perd entièrement la parole; la face exprime encore plus de douleur; les plaintes

sont continuelles, la déglutition difficile, et comme spasmodique. Du reste, même fixité dans le mal de tête, même immobilité et insensibilité dans le côté gauche du corps, qui est dans un état de légère flexion, mais sans rigidité. Il succombe le vingt-neuvième jour dans un état de coma profond, et ayant la face pâle et cadavéreuse depuis quelques jours.

Autopsie. — La tête seule est examinée; rien de notable au cuir chevelu; nombreuses gouttelettes sanguines le long de la suture sagittale, à l'extérieur de la dure-mère; légère injection des vaisseaux des méninges; pulpe cérébrale, d'une consistance naturelle dans tous ses points, mais laissant échapper, à la surface des sections qu'on y pratique, une grande quantité de gouttelettes de sang; deux cuillerées de sérosité transparente dans chacun des ventricules latéraux; pas de traces d'épanchement, ni dans les corps striés ni dans les couches optiques; enfin, on arrive à la protubérance annulaire, et on trouve l'altération suivante: à la partie inférieure et moyenne droite existe un ramollissement bien distinct, de forme irrégulière, de la grandeur d'une amande, dépassant d'une à deux lignes au moins la ligne médiane de ce corps, d'une couleur rose faible, comme s'il se fût opéré une infiltration du sang dans ce point, et constitué par un tissu pulpeux, floconneux, dont un filet d'eau soulevait facilement les filamens ramollis. En grattant avec le scalpel, on enlevait une couche mince de tissu ramolli, semblable à du pus liquide. Du reste, point de sang épanché et rien dans les pédoncules, soit antérieurs, soit postérieurs. (*Greuzard (L.), Propositions de médecine; Thèse.* Paris; 1833, N° 299).

Abcès dans la substance du cœur; *observ. par le docteur Kauss.* H. de W., âgé de 59 ans, très-replet, de taille moyenne, avait depuis dix ans des ulcères profonds et étendus aux jambes. Ces ulcères, qui ne s'étaient jamais complètement guéris, s'agrandissaient sous l'influence d'érysipèles périodiques. Les muscles des jambes en avaient été peu-à-peu tellement affaiblis, que celles-ci pouvaient à peine supporter le poids considérable du corps. Le malade était retenu au lit la plus grande partie du jour, soit par la nécessité de tenir les pieds horizontalement, soit par un érysipèle. C'était un homme très-actif et très-ardent. Sa boisson habituelle était de la bière mêlée avec moitié eau. Il n'était pas aussi réservé pour les alimens, dont il prenait une grande quantité, quoiqu'on lui eût prescrit un régime sévère. Il était habitué à prendre de temps en temps un purgatif. Il éprouvait un peu de dyspnée qui était attribuée à sa corpulence. Depuis quelques années seulement, il était pris souvent de catarrhes opiniâtres.

Le 22 juillet 1831, à la suite d'une émotion très-vive, il tomba dans un évanouissement complet. A peine revenu à lui, il fut pris d'un violent tremblement, d'une sueur froide et d'une dyspnée assez

intense pour lui faire craindre d'étouffer. Ces derniers symptômes ne durèrent pas plus de deux minutes. Le chirurgien appelé ouvrit la veine après l'accès, mais il ne laissa couler que huit onces de sang, à cause de la faiblesse et de l'irrégularité du pouls. Le docteur Krauss arriva quelques heures après l'accès : le malade était faible, respirait difficilement, et se plaignait de serrement à la région précordiale. Visage assez calme, pâle comme à l'ordinaire ; pouls 80, faible et irrégulier ; battemens du cœur difficiles à distinguer à travers les parois thoraciques chargées de graisse ; le sang tiré de la veine, avait offert un caillot régulièrement conformé, la quantité ordinaire de sérum, et point de couenne inflammatoire ; la toux qui revenait par intervalles exaspérait toujours le serrement de cœur et augmentait la force des battemens de ce dernier. Abdomen un peu gonflé ; selles normales ; urine rare ; peau moite, un peu au dessous de la température ordinaire aux membres ; rien n'était changé dans l'état des ulcères qui rendaient autant de pus qu'auparavant. On prescrit une poudre dans laquelle entrent le camphre, la digitale et le calomélas. Lavemens émolliens ; sinapismes sur la poitrine. Cette poudre produisit plusieurs selles, mais la secrétion urinaire ne fut pas augmentée.

Le lendemain, pouls plus lent, régulier, faible. Le malade hors de son lit s'est trouvé assez bien ; il se plaint cependant toujours de resserrement de poitrine. (Mêmes poudres). Les symptômes s'améliorèrent d'une manière remarquable jusqu'au 5 août, où le malade eut une attaque, qui dura deux minutes, et qui fut caractérisée par les phénomènes suivans : chaleur vers la tête, palpitations, anxiétés, dyspnée intense, sueur froide. Après l'attaque, même état que le 23 juillet, seulement le pouls était moins irrégulier. Le soir, affaiblissement extrême, gonflement œdémateux des membres inférieurs jusqu'aux genoux. Le stéthoscope n'apprit rien sur le véritable état morbide du cœur. Urine rare. (Solution de terre foliée de tartre, une once et demie ; eau de fenouil, quatre onces ; esprit de nitre dulcifié, un demi-gros ; extr. graminis insp., une demi-once. Vésicatoire sur la poitrine).

Le 7 août, urine plus abondante ; plusieurs petits furoncles se manifestent à la poitrine et au dos ; diminution de l'œdème ; les ulcères des jambes ont repris leur aspect ordinaire. (Oxymel scillitique ; infusion de *calamus aromaticus* pour boisson). Le malade alla passablement jusqu'au 10 ; le sommeil s'était un peu rétabli. Cependant la respiration était toujours difficile dans le décubitus dorsal. La mort suivit un accès semblable à ceux qui viennent d'être décrits, dans la nuit du 10 au 11 août.

Autopsie, trente-deux heures après la mort. — Les membranes du cerveau n'offraient aucune injection remarquable ; les sinus étaient

remplis de sang caillé ; la substance du cerveau paraissait parfaitement saine ; les ventricules latéraux renfermaient la quantité ordinaire de sérosité. Les deux poumons étaient parfaitement crépitans dans leur totalité. Quand on les incisait, il s'écoulait de la surface de section une grande quantité d'un liquide sanguinolent et écumeux. Le médiastin antérieur et le péricarde étaient recouverts d'une couche de graisse épaisse de deux doigts. Vers la pointe du cœur, la surface interne de cette dernière membrane était un peu rouge, mais elle n'offrait ni adhérences ni sérosité. Le cœur était plus gros qu'à l'ordinaire, flasque et d'un rouge pâle. Sa moitié droite offrait çà et là des couches graisseuses de quelques lignes d'épaisseur. Sa substance (et principalement dans les colonnes charnues du ventricule gauche) était considérablement ramollie et facile à déchirer. Toutes les cavités du cœur contenaient beaucoup de sang coagulé et de ce qu'on a appelé des *polypes sanguins*, dont quelques-uns avaient acquis beaucoup de solidité. Près de la cloison qui sépare les deux ventricules vers la pointe du cœur, dans l'épaisseur des parois musculaires du ventricule gauche, se trouvait un abcès de la grosseur d'une fève d'où il s'écoula un pus épais et d'un blanc jaunâtre. La cavité qui contenait ce pus n'était tapissée par aucune membrane. La surface interne de cette cavité offrait seulement un peu plus de rougeur que le reste de la substance du cœur, mais elle n'était pas plus ramollie. Les cavités du cœur et l'épaisseur de leurs parois étaient augmentées d'une manière peu remarquable. Le foie était gorgé de sang, mais sain du reste. Les conduits biliaires, dans l'intérieur de ce viscère, étaient très-dilatés, ainsi que le canal hépatique et le cholédoque. Au contraire, la vésicule biliaire était revenue sur elle-même, n'avait plus qu'un pouce et demi de long et un demi-pouce de large, et était complètement remplie par une concrétion biliaire, dure, et d'un brun-foncé. Le grand épiploon, le mésentère et le mésocolon étaient recouverts d'une couche épaisse de graisse. Les reins étaient plongés dans une quantité excessive de graisse. Les autres organes n'offrirent rien de notable. (*Medicinisches Correspondenz-Blatt des würtembergischen aerztlichen Vereins ;* n° 40, 21 december 1833).

Perforation spontanée de l'estomac ; destruction de l'artère splénique ; mort par hémorrhagie. — Une femme âgée de 55 ans est amenée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Petit. Elle est maigre, sa peau a une légère teinte jaune, la face et les lèvres sont décolorées ; elle est sans connaissance et respire à peine : on sent très-difficilement le pouls, les membres sont froids ; du sang rouge sort de la bouche, avec quelques efforts de vomissement. Les personnes qui l'avaient amenée dirent que cette femme ne se plaignait pas ; que le jour même de l'accident on l'avait encore vue sortir, mais que, prise tout-à-coup d'un fort vomissement de sang, on lui avait fait avaler

force sel de cuisine, et que les vomissemens ayant continué, on s'était décidé à la conduire à l'hôpital. La malade y expira quelques instans après son entrée.

A l'ouverture du corps on a trouvé l'estomac rempli de sang, au milieu duquel existait un caillot du volume des deux poingts; la muqueuse de l'estomac était uniformément colorée en rose : après en avoir retiré ce sang et avoir fait disparaître la plus grande partie de la coloration de la muqueuse par le lavage, on a trouvé vers la petite courbure de l'estomac, à deux pouces du pylore, non loin du cardia et sur la face postérieure (surface interne), une perforation arrondie de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords unis, arrondis, rouges, entourée d'un cercle plus rouge, et un peu plus élevée que le reste de la muqueuse. Cette ulcération, qui comprend les trois tuniques de l'estomac, est adhérente à la face antérieure du pancréas, qui en forme le fond, et qui est seulement rouge et très-peu ulcérée : vers la partie de l'ulcération qui se rapproche le plus du bord supérieur du pancréas, on remarque un petit pertuis dans lequel on introduit, sans la moindre difficulté, un stylet boutonné, et en le dirigeant de gauche à droite il va gagner le tronc cœliaque, tandis que dans le sens opposé il se rend vers la rate en suivant le canal de l'artère. Il fut très-facile de séparer la face postérieure de l'estomac de la face antérieure du pancréas, les adhérences n'offrant qu'une très-faible résistance, et alors il fut facile de voir l'étendue de l'ulcération de cet organe, et de bien constater l'érosion des parois correspondantes de l'artère splénique; celle-ci, ouverte, ne présentait qu'une légère rougeur de sa tunique interne au pourtour de l'ulcération. Les intestins contenaient beaucoup de sang.

L'auteur rapporte encore deux observations analogues à la précédente. (Caillard, C. G. P., *Propositions de médecine*. Thèse. Paris, 1833, N.° 307).

TUBERCULES DES REINS; *par le docteur F. A. v. Ammon, professeur à Dresde.* — Les reins peuvent être mis au nombre des viscères dont la pathologie est la moins avancée. Le professeur Ammon a fourni sa part du travail qui est nécessaire pour débrouiller cette partie de la médecine, en publiant quelques observations de tubercules développés dans les reins.

La première observation a pour sujet une petite fille de trois ans et demi, dont la mère était morte phthisique, et qui elle-même présentait l'état scrofuleux d'une manière bien caractérisée. Avant que la tumeur, produite par le rein tuberculeux, ne fût très-volumineuse, le docteur Ammon parvint à la diagnostiquer en considérant l'état scrofuleux de la malade, l'absence de symptômes du côté de l'estomac, de la rate et des autres viscères de l'abdomen, le trouble de la sécrétion urinaire, et enfin la forme et la situation de la tumeur. La ma-

ladie offrit quelques alternatives d'améliorations et de rechutes. La tumeur acquit un développement considérable ; quelque temps avant la mort, elle dépassait la ligne blanche, elle s'étendait de haut en bas, depuis la région cardiaque, au-dessous des côtes qu'elle soulevait, jusqu'au-delà de la crête iliaque. L'urine, qui se sécrétait assez régulièrement, répandait une odeur fétide, et déposait un sédiment briqueté, muqueux et jaunâtre. A l'ouverture du corps on trouva le rein gauche transformé en une masse énorme, ronde, présentant quelques traces de la forme primitive, une sensation de fluctuation, et composé par de la substance tuberculeuse qui avait fait disparaître tout le tissu du rein. Les calices étaient très-dilatés. La substance tuberculeuse était jaunâtre, ramollie, mais sans vaisseaux sanguins. Le rein droit offrait pour toute lésion une augmentation de volume et un peu de ramollissement. On observait encore un peu de matière tuberculeuse sur le trajet des artères et des veines émulgentes ; mais aucun autre organe n'en contenait.

Dans la seconde observation, une femme, âgée de 49 ans, hystérique, était atteinte de tubercules des reins, dont la présence n'était indiquée que par les symptômes suivans : ténesme, excrétion urinaire douloureuse ; dépôt muqueux, blanc-sale de l'urine ; tiraillemens dans les membres inférieurs alternant avec le froid de ces parties, et accompagnés de quelques douleurs dans le bas-ventre ; la malade succomba à une phthisie aiguë dans l'espace d'un mois. La malade n'avait éprouvé de douleur qu'au col de la vessie et à l'orifice de l'urètre. Les principales altérations, demontrées par l'autopsie, sont les suivantes : poumons remplis de tubercules ; sommet du cœur recouvert par une couche gélatiniforme ; rein gauche développé au double de son volume ; substance mamelonnée de ce rein considérablement hypertrophiée ; substance du même organe transformée en une masse de tubercules de grosseurs diverses, depuis un grain de millet jusqu'à une aveline, et séparés les uns des autres par des brides irrégulières de substance corticale encore saine.

La troisième observation nous offre les circonstances suivantes : 19 ans ; disposition scrofuleuse ; entérite, laissant après elle une douleur fixe à l'épigastre qui déterminait parfois le vomissement. Constipation habituelle ; plus tard douleur dans l'hypochondre gauche ; hématurie ; urine parfois épaisse et jaunâtre ; dans le flanc gauche, tumeur bosselée, grosse comme une pomme ; accroissement de douleurs ; fièvre intense ; les douleurs devinrent périodiques et se propageaient souvent en suivant le trajet de l'uretère, jusqu'à la vessie ; sensation d'engourdissement dans la cuisse gauche. — Les poumons contenaient une grande quantité de tubercules. Le rein gauche était gros comme la tête d'un enfant d'un an ; tout son parenchyme offrait une dégénérescence lardacée, au sein de laquelle se trouvaient plusieurs tubercules de diverses grosseurs et à différens degrés.

Enfin, dans la quatrième observation, il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte, à-la-fois, de phthisie et de maladie organique du cœur, et dont le rein gauche renfermait beaucoup de matière tuberculeuse.

Le docteur Ammon, s'appuyant sur les quatre observations dont on vient de lire un court sommaire, trace quelques genéralités sur les tubercules des reins, et résume, à-peu-près ainsi, leur histoire symptomatologique. D'abord, prurit à l'orifice de l'urètre; ténesme vésical alternant avec incontinence d'nrine; bientôt urine jaunâtre, séreuse, excrétée avec douleur, offrant un sédiment dont la couleur approche de celle des tubercules; tumeur, difficile à étudier, située dans la région occupée par l'un des reins. Quant aux phénomènes généraux, ils sont communs à beaucoup d'autres affections. (*Rust's Magazin*, t. XL, part. III, pag. 500).

Tumeur aqueuse enkystée du rein; rein surnuméraire. *Par César Hawkins.* — John Connell, âgé de six ans, entra le 18 octobre 1832, à l'hôpital Saint-Georges, dans le service du docteur Seymour, pour une tumeur de l'abdomen. D'après le récit de sa mère et une letrre écrite par le médecin qui lui donnait des *soins*, il paraît que trois semaines avant son entrée il avait été renversé par une voiture qui probablement lui avait passé sur le corps; il en était résulté une vive douleur dans l'abdomen et une tuméfaction considérable, attribuées par ce médecin à l'inflammation du colon. La tuméfaction avait presqu'entièrement disparu au bout de quatre ou cinq jours, époque à laquelle on avait obtenu avec peine des évacuations alvines. Mais dix jours après l'accident, il se manifesta une nouvelle tuméfaction dont le développement fut moins rapide, qui était accompagnée de très-peu de douleur, et qui, au lieu d'être générale, était bornée au côté droit de l'abdomen. L'enfant, qui avait joui d'une belle santé, était devenu émacié, avait des accès fébriles, et éprouvait de temps en temps des douleurs dans la tumeur. Le côté droit, tendu et dur, était occupé par une tumeur qui s'étendait de l'hypochondre droit à la région iliaque, et des lombes à une petite distance au-delà de la ligne blanche, et repoussait en haut les côtes et l'appendice xiphoïde. Les intestins étaient refoulés dans le côté gauche ou recouverts par la tumeur, car le son était mat partout. En appuyant fortement les doigts, on pouvait sentir d'une manière très-obscure le bord du foie. La fluctuation était évidente si l'on plaçait les doigts latéralement; elle était moins sensible de haut en bas, comme si la cavité qui contenait le liquide était divisée par une cloison transversale, au-dessous de l'ombilic. La tumeur ne semblait pas très-douloureuse, mais l'enfant ressentait de la douleur de temps en temps; et la pression en déterminait un peu à la partie inférieure de l'abdomen. Il y avait peu de fièvre; mais le pouls était rapide et faible. Langue blanche,

constipation ; l'urine coulait librement ; elle était peu abondante et paraissait normale. — Quelle état la nature de cette tumeur ? Etait-ce un abcès dans la fosse iliaque, et au milieu des muscles abdominaux, causé par le coup que l'enfant avait reçu ? Cela ne parut pas probable, à cause de l'absence de sueurs et de frissons, et du peu d'intensité de la douleur, de la sensibilité à la pression, et de la fièvre. Etait-ce un dépôt de sérosité et de lymphe, ou de pus dans le péritoine, résultat de l'inflammation supposée par le premier médecin ? Cette circonstance n'est pas commune ; toutefois, après discussion, cette opinion parut la plus vraisemblable. Le traitement se composa des moyens suivans : calomel, huile de ricin, sangsues, régime convenable ; plus tard, frissons avec l'onguent mercuriel et la pommade iodurée, à parties égales. La santé s'améliora et la tumeur diminua un peu ; mais le 28 novembre la fièvre reparut, le ventre devint douloureux comme dans la péritonite ; la tumeur augmenta rapidement. Le 1.er décembre, on fit une ponction avec un trois-quarts très-fin, et l'on évacua 18 onces d'un liquide clair et transparent qui s'évapora presque entièrement, laissant seulement un résidu peu abondant de matière muco-extractive, sans aucune trace d'albumine. Cette évacuation produisit un grand soulagement, et fit changer d'opinion sur le diagnostic de la maladie. D'après la nature du liquide, celui-ci n'avait pu être contenu dans le péritoine, mais bien dans un kyste. Etait-ce une tumeur aqueuse enkystée du foie ou du rein ? le liquide était-il renfermé dans un kyste lié à un fungus hœmatodes du rein ? Cette dernière opinion prévalut, car, après l'évacuation du liquide, on sentit dans la région lombaire une tumeur dure qui, comme on s'en assura ensuite, était due au rein non augmenté de volume, mais devenu plus mobile. D'ailleurs le facies était comme on le voit ordinairement dans les maladies cancéreuses du rein, et le fungus hœmatodes du rein est plus fréquent que la tumeur aqueuse enkystée du foie ou du rein assez développée pour produire les symptômes observés dans ce cas. L'urine était naturelle ; mais il en est ainsi dans le cancer du rein, jusqu'à ce que la tumeur se ramollisse, qu'il s'écoule du sang ou du pus, et qu'il s'opère une altération quelconque dans ce liquide. L'urine était très-peu abondante. Quelque temps avant la mort du malade on s'assura qu'elle contenait une grande quantité d'hydrogène sulfuré qui noircit l'argent ; à cela près elle n'offrait rien d'anormal. — D'après ce diagnostic on ne crut pas devoir renouveler la ponction, et peut-être cette opération aurait-elle soulagé le petit malade.

Autopsie. — La tumeur consistait en un kyste contenant environ cinq pintes d'un liquide dont la plus grande partie était claire et transparente, comme celui qui avait été évacué, et ne se coagula point non plus par la chaleur ; le reste était une matière blanche

demi-purulente que l'on trouve ordinairement dans les cavités séreuses ou dans les kystes qui ont été le siège d'une inflammation. Le kyste était assez ferme en avant, mais en arrière et en dedans son tissu était si mince et si peu consistant qu'il se déchirait avec la plus grande facilité, et se laissait à peine disséquer. Le kyste avait fait légèrement hernie au-dessous du ligament de Poupart, à travers l'anneau fémoral ; il s'étendait en haut jusqu'au foie, soulevant les côtes et refoulant ce viscère vers la poitrine et vers l'hypochondre gauche ; les autres viscères étaient également refoulés dans le côté gauche de l'abdomen, et le kyste était recouvert de ce côté par la portion de péritoine qui appartient au colon. En avant, le kyste était adhérent à la face postérieure des muscles abdominaux, en arrière aux muscles iliaque et psoas, et sur le côté aux vertèbres lombaires ; dans ce dernier point il était extrêmement mince. Ainsi, il occupait toute la moitié droite de l'abdomen et la fosse iliaque, empiétant sur l'excavation pelvienne, et était extérieur au péritoine. Vers la partie interne et antérieure du kyste, on voyait l'uretère que l'on pouvait suivre en haut entre les couches qui composaient le kyste, et qui se dirigeait vers le rein droit ; celui-ci était situé à la partie postérieure du kyste, mais un peu en haut et en dedans. L'urètre était tortueux et alongé ; on suivait son trajet difficilement, mais il pénétrait dans le rein à la manière ordinaire, et n'avait aucune communication avec le kyste. Le bassinet de ce rein offrait deux petites ouvertures qui semblaient être le produit de l'ulcération ; aux environs de ces perforations, l'uretère et le bassinet étaient noirâtres, et ternissaient la sonde d'argent comme l'hydrogène sulfuré. Le rein avait son volume ordinaire ; sa surface antérieure concourait à former la paroi postérieure du kyste, qui était intimement uni aux bords de cet organe, et ne pouvait pas être suivi sur cette surface. Celle-ci était aplatie et âpre, sa membrane était épaissie. A cinq pouces environ du rein, vers la partie interne du kyste, se trouvait un petit corps de la grosseur d'une noix, qui faisait saillie dans le kyste. Ce corps, qui était mou, qui se déchirait facilement, et était recouvert par une membrane mince, était un troisième rein, consistant dans un seul lobe, offrant un substance tubuleuse et une substance corticale bien caractérisée, un seul mamelon, un seul calice, mais aucun canal excréteur appréciable. — Tous les autres viscères étaient sains. (*Med. chir. Transact.*, vol. XVIII, part. 1.re, p.).

Invagination avec déplacement et transport du cœcum à gauche. — Un homme âgé de 35 ans, après avoir fait abus de purgatifs et de vomitifs, éprouvait depuis deux ans des envies de vomir et des vomissemens de matières claires teintes par la bile. Les vomissemens revenaient à chaque écart de régime : de temps en temps il y avait du dévoiement ; les selles étaient quelquefois teintes de sang ; les digestions

étaient mauvaises. Le malade finit par tomber dans le marasme. Entré à l'Hôtel-Dieu, il se présenta dans l'état suivant : Face amaigrie, teinte jaunâtre, peau aride et rugueuse, langue blanche au centre, humide, faiblement colorée sur les bords; vomissemens fréquens qui se reproduisent surtout après l'ingestion des boissons; ventre rétracté, dur et tendu, ce qui empêche de faire des perquisitions exactes dans la profondeur de la cavité abdominale; pouls petit, à peine fréquent; douleur vague et générale répandue dans tout le ventre. On établit en conséquence le diagnostic suivant : *Inflammation gastro-intestinale profonde*. Tous ces symptômes persistèrent, malgré le traitement antiphlogistique le plus actif, pendant quatre à cinq jours. A cette époque, la face était entièrement décomposée et grippée, les membres couverts d'une sueur froide, visqueuse; le ventre avait considérablement augmenté de volume; il était tendu, dur et généralement douloureux à la moindre pression; le pouls petit, serré, fréquent et contracté, enfin le malade éprouvait une anxiété considérable. En examinant la disposition extérieure du ventre, on remarquait *dans la fosse iliaque gauche une sorte de tumeur alongée*, d'autant plus apparente qu'elle ne se rencontre point dans la fosse iliaque droite, qui paraît déprimée : la première de ces régions offre aussi une tension plus considérable que les autres points du ventre. Le malade se présente deux fois sur la chaise de nuit, et ne rend qu'une petite quantité de mucus sanguinolent; enfin ce malheureux succombe avec tous les signes d'une péritonite qui semblait s'être développée secondairement.

Autopsie. — A l'ouverture du corps on ne trouva pas le cœcum, l'arc du colon, à leur place accoutumée; le gros intestin paraissait ne prendre son origine que vers la fin de l'arc du colon, présentant, dans la longueur de 18 à 20 pouces, un renflement volumineux aussi gros que le bras d'un homme adulte, arrondi, dur, résistant, et cessant brusquement vers la fin de la fosse iliaque gauche, où le colon reprenait sa forme ordinaire. Ce renflement était formé par une invagination de la fin de l'intestin grêle, du cœcum, du colon ascendant, de telle sorte que le cœcum, qui terminait l'invagination, se trouvait dans la courbure sigmoïde du colon. Les parties, examinées de dehors en dedans, ont présenté trois parois intestinales superposées les unes aux autres : la première était formée par le colon descendant, qui avait conservé sa position; la deuxième, par tout le colon ascendant et son axe transversal, qui se trouvaient incarcérés dans la première; de telle façon que le cœcum qui terminait l'invagination se trouvait transporté dans la cavité de l'S iliaque, retourné sur lui-même, et formant une espèce de moignon au sommet duquel on voyait deux ouvertures, une à gauche qui conduisait dans la cavité de l'appendice, l'autre à droite, formée par la valvule de Bauhin, et conduisant dans la cavité de l'intestin grêle, qui formait la deuxième paroi

intestinale, et se trouvait renfermé dans le cœcum, puis dans le colon ascendant. Le grand épiploon avait été entraîné dans l'invagination. La tumeur offrait des perforations gangréneuses et d'autres altérations secondaires. (Renaud, Ch. M., *Diss. sur l'invagination intestinale*. Paris, 1833, N.° 27, p. 19).

Fistules stercorales a l'ombilic ; suite de pincement de l'intestin par la ligature du cordon. — Dans le mois d'avril 1833 est entré à l'Hôtel-Dieu de Paris un petit enfant, couché au n.° 35 de la salle Saint-Jean, âgé de quatre mois et demi, affecté, depuis quelques jours après sa naissance, d'une fistule stercorale à l'ombilic, qui reconnaissait probablement pour cause l'application d'une ligature sur une hernie qui occupait l'épaisseur du cordon ombilical et qu'on n'aurait pas reconnue; car la mère qui l'avait apporté assurait que son enfant avait eu des vomissemens quelques heures après que cette ligature avait été pratiquée, et qu'après la chute de celle-ci, cette fistule, qui existe encore aujourd'hui, s'était manifestée. — *Etat du malade à son entrée.* — Sa santé et sa constitution étaient dans un bon état. A la région de l'ombilic existaient deux petites tumeurs dont la couleur était assez analogue à celle des membranes muqueuses légèrement enflammées; elles avaient à-peu-près la grosseur de deux cerises, dont l'une assez grosse, et l'autre extrêmement petite; au centre de la plus volumineuse existait une ouverture d'une ligne environ de diamètre, qui donnait passage à une assez grande quantité de matières bilieuses et muqueuses, ayant un peu l'odeur des matières fécales. Un stylet, introduit dans cette ouverture, pénétrait avec facilité dans la cavité de l'intestin. Ces deux tumeurs étaient supportées par un pédicule, à-peu-près d'une ligne et demie de longueur sur quatre de grosseur; sa couleur était d'un rose extrêmement pâle. Il était situé au centre de l'anneau ombilical, au pourtour duquel il adhérait un peu: aussi n'était-il pas possible, à l'aide de la main, de faire rentrer les tumeurs dans la cavité abdominale. Tous les moyens compressifs imaginables pour en opérer la réduction ayant été, pendant plusieurs jours, employés sans succès, M. Dupuytren s'est déterminé à les faire tomber au moyen d'une ligature. Elle a été pratiquée le 30 avril avec un fil double. Dans l'instant même, le petit malade n'a manifesté qu'une très-légère douleur; les trois jours suivans il n'est survenu aucun symptôme d'étranglement. Le quatrième jour après l'opération, la ligature est tombée, et c'est alors seulement qu'ont apparu des coliques et des vomissemens qui ne contenaient pas de matières stercorales; cependant il n'y avait plus de selles par le fondement depuis vingt heures. Quelques lavemens laxatifs et l'administration de trois cuillerées des sirops de rhubarbe et de chicorée ont rétabli et décidé la sortie des matières par le rectum. Les jours suivans ces accidens ne se sont pas renouvelés; il ne s'écoulait pres-

que plus de matières bilieuses par la cicatrice ; une très-légère compression a suffi pour la fermer complètement ; et le 8 mai le malade est sorti de l'hôpital très-bien guéri.

L'auteur rapporte encore une autre observation dans laquelle ce mode de traitement a également été suivi d'un plein succès. (Burret. (J. P.) *Essai sur l'exomphale congéniale*. Thèse. Paris, 1833, N.° 162).

Obstétrique.

Hémorrhagie mortelle après l'accouchement, et due a des déchirures des parties externes de la génération. — Une femme, âgée de 32 ans, d'une constitution faible et lymphatique, enceinte pour la troisième fois, fut prise, le 14 novembre 1830, à dix heures du soir, des douleurs de l'enfantement ; son accouchement fut confié à une sage-femme fort exercée : le 15, à trois heures du matin, elle accoucha d'un fœtus à terme. Bientôt on reconnut dans l'utérus la présence d'un second fœtus, dont l'expulsion n'eut lieu qu'à huit heures du matin. Le premier enfant présenta la première position du sommet, et naquit vivant ; le second vint mort, dans la deuxième position des pieds. L'accouchement et l'expulsion des placentas n'offrirent rien d'extraordinaire. Peu de temps après, la femme éprouva des douleurs vives dans les régions ombilicale et lombaire ; elle eut plusieurs syncopes. L'apparition de ces accidens fit craindre une hémorrhagie interne, puisqu'il ne s'écoulait pas de sang au-dehors. La main fut introduite dans les parties, et quelques caillots de sang coagulé furent extraits de l'entrée du col. La femme fut couchée sans apparence de la moindre perte, puisque l'utérus était parfaitement revenu sur lui-même. Deux heures après environ, les accidens reparurent avec plus d'intensité : défaillances, syncopes ; enfin, cette série des phénomènes qu'on observe en pareil cas. C'est dans cet état de choses que la sage-femme, effrayée, fit appeler M. Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, qui, après s'être assuré de la non-existence d'une hémorrhagie interne, observa de larges déchirures dans les parties génitales externes, qui étaient un peu infiltrées ; le sang s'en écoulait en nappe, et en très-petite quantité, puisque la perte n'en fut évaluée qu'à quatre onces. Le tampon, comme la circonstance l'indiquait, fut appliqué très-méthodiquement, et s'opposa à l'hémorrhagie. Tous les soins furent prodigués à la femme, ce qui ne l'empêcha pas de succomber à onze heures du matin.

Autopsie. — Tout l'extérieur du corps, sa pâleur extrême, annonçaient bien que cette femme avait succombé à l'épuisement. En effet, aucune lésion du côté du cerveau, ni de la poitrine ; rien non plus du côté de l'abdomen ; seulement les vaisseaux contenaient fort peu de sang. On trouva de larges déchirures dans toute la circonférence des

parties externes, et surtout vers la partie supérieure et interne de la grande lèvre du côté gauche, et vers le périnée. L'utérus et ses dépendances n'ont rien présenté d'anormal. (Quesnel (J. A. M.), *Diss. sur les Hémorrhagies utérines*; Paris, 1633, n° 310).

Pharmacologie.

EFFICACITÉ DE L'EXTRAIT ALCOHOLIQUE D'ÉCORCES DE RACINES DE GRENADIER CONTRE LE TOENIA; EXPULSION SIMULTANÉE DE TROIS TOENIAS CHEZ LE MÊME INDIVIDU; *par le doct. Mojoli* — D'après les réflexions de l'auteur, on voit que la décoction simple d'écorces des racines de grenadier a échoué très-souvent dans le grand hôpital de Milan, où elle a été administrée fréquemment. Il fait, en outre, remarquer que ce breuvage est nauséeux, et cause un dégoût tellement insupportable, que certains malades ne peuvent en faire usage. L'extrait alcoholique n'offre qu'une faible partie de ces inconvéniens, et jouit, comme on va le voir, de toutes les propriétés attribuées exclusivement à la décoction aqueuse, comme M. Deslandes l'a déjà annoncé. (V. *Arch.*, t. I, 2.e série, p. 120).

Une jeune femme, habituellement bien portante, mère de deux enfans, vint consulter le docteur Mojoli vers le commencement de janvier 1833, en lui apprenant qu'elle avait rendu à plusieurs reprises et avec beaucoup de douleur, des portions de tœnia. Alors l'extrait alcoholique des écorces de racines de grenadier n'avait pas encore été proposé. La décoction aqueuse ayant dejà échoué chez plusieurs malades auxquels il l'avait fait administrer, le docteur Mojoli voulut employer dans cette circonstance le remède tant vanté de la veuve Noufflers. Il n'en résulta que des coliques violentes sans autres changemens dans l'état de la malade. Plusieurs mois se passèrent sans apporter aucun soulagement. Au 1er mai 1833, sa santé s'était de plus en plus altérée, des fragmens de tœnia étaient journellement rendus dans les garde-robes. Ce fut alors que le D.r Mojoli fit usage de l'extrait alcoholique d'écorce de racine de grenadier; un purgatif composé de calomélas et de jalap fut d'abord administré le 6 mai, dans le but de déterminer l'expulsion de toutes les matières que pouvait contenir l'intestin. Le 8 et le 9 mai, la malade prit de l'eau de Sedlitz. Enfin, le 11, elle avala, à trois reprises, separées chacune par un intervalle d'une demi-heure, six gros d'extrait alcoholique, mêlé à une suffisante quantité d'infusion aromatique. A sept heures du matin la première dose fut prise. Après la seconde, la malade eut une selle liquide accompagnée d'un léger affaissement et de crampes dans les membres inférieurs, sans coliques appréciables. Le pouls battait 60 à 70 fois par minute. A peine la troisième dose est-elle prise, qu'il survint tout-à-coup un besoin pressant d'aller à la garde-robe avec deux ou trois élancemens dans la région colique gauche. Une

grosse masse blanche, précédée et suivie de matières liquides, fut rendue immédiatement.

Le docteur Mojoli mit dans l'eau cette masse pelotonnée, et reconnut bientôt qu'elle était formée par les entrelacemens mille fois répétés de trois tœnias morts qu'il parvint à isoler, et dont les têtes étaient très distinctes et fort reconnaissables. Peu après cette expulsion la malade s'endormit profondément. Les jours suivans sa santé se retablit très-rapidement, et depuis lors elle ne s'est pas démentie.

Cette guérison ayant été connue d'une autre dame qui était tourmentée depuis fort long-temps par le tœnia, contre lequel tous les remèdes usités avaient échoué, le docteur Mojoli fut consulté par elle, et lui administra le médicament de la même manière. Au bout d'une heure et demie, le tœnia fut rendu tout entier presque mort en une seule garde-robe. Le docteur Mojoli conclut de ces observations et de ses remarques antécédentes : 1° que la dose de six gros d'extrait alcoholique d'écorce de racines de grenadier n'est point trop élevée, ainsi que quelques praticiens l'ont prétendu, et qu'elle ne donne lieu à aucun symptôme d'inflammation gastro-intestinale; 2° comme dans la plupart des cas, ou d'autres remèdes ont sollicité l'expulsion du tœnia, l'animal est sorti très-vivant, tandis qu'ici il était mort ou presque mort, on peut croire que l'extrait alcoholique a une action plus directe et plus énergique sur ce ver, et qu'ainsi ce mode de préparation doit être préféré. (*Annali univ. di med.* Milan, avril, 1834).

Usage de la suie comme succédané de la créosote; *par le docteur Blaud de Beaucaire.* — Il est peut-être un peu prématuré de chercher et de presenter un succédané à un médicament dont les propriétés ne sont pas encore bien avérées. Que la suie remplace parfaitement ou non la créosote, c'est ce que nous ne rechercherons pas. Il nous suffira d'indiquer le parti que M. Blaud a tiré de ce médicament, pour l'administration duquel on trouve du reste des formules de pommade dans diverses pharmacopées, et qui était employé précisément dans quelques-uns des cas où M. Blaud l'a expérimenté : les *dartres* et les *teignes*. On sait aussi que la suie a été administrée à l'intérieur comme anti-spasmodique, emménagogue, etc. : *l'infusion composée de suie de Piderit*, est bien connue; on préparait un esprit de suie, ou en faisait des pilules. C'est donc à tort que M. Blaud dit que cette substance était jusqu'ici inusitée. *Multa renascentur, quæ jam cecidere, cadentque* etc. Mais qu'importe la date ancienne, ou nouvelle d'un médicament dans le domaine de l'art. Le vrai mérite dépend de la précision avec laquelle on en constate les effets, de la justesse avec laquelle on en détermine l'application. Quoi qu'il en soit, voici les réflexions qui ont porté M. Blaud à tenter l'usage de la suie, substance très-commune et par conséquent à la portée de toutes les fortunes, à la place de la créosote, médicament rare et cher. Puisque la

créosote, s'est dit ce médecin, est un produit de la distillation sèche des substances organiques, et que, d'une autre part, la combustion dans nos foyers est la même distillation faite à l'air libre, nul doute que la matière qui est le produit de cette distillation, et dont d'ailleurs l'odeur est analogue à celle de la *créosote*, ne doive contenir une quantité plus ou moins grande de ce médicament, et par conséquent partager ses propriétés thérapeutiques. M. Blaud saisit donc les occasions, dit-on, d'expérimenter la suie dans les cas où la créosote s'est montrée si efficace, et il vit des dartres rebelles, des teignes, des ulcères de mauvais caractère, des cancers même, se dissiper comme par enchantement au bout d'un temps très-court sous l'influence de la suie employée en topique.

Les formules données par M. Blaud sont les suivantes :

1° *Décoction de suie*, pour lotion, etc., ℞ suie, deux fortes poignées; eau, une livre. Faites bouillir pendant demi-heure, et passez avec expression.

2° *Pommade de suie*. Axonge et suie, parties égales; ou mélange de suie dans l'huile d'olive, à consistance de pommade.

M. Blaud rapporte à l'appui de ses assertions dix-huit observations qui se rangent sous les cinq chefs suivans :

1° *Eruptions cutanées diverses*. Six affections *dartreuses*, en général chroniques, rebelles et graves, ont toutes été guéries plus ou moins promptement par l'usage de la décoction ou de la pommade de suie. Nous reproduirons quelques-unes de ces observations. P. C., âgé de 14 ans, est atteint depuis huit mois d'une *dartre vive* qui occupe toute la surface du menton jusqu'aux commissures des lèvres. Cette dartre offre une large croûte grisâtre, dure, très-adhérente, tendue, douloureuse, gercée profondément. La maladie a resisté à un grand nombre de topiques. Lotions, quatre fois par jour, avec la décoction de suie. En douze jours, tout avait disparu ; la peau avait repris sa souplesse et sa couleur normales. — Une dartre de même nature, mais plus étendue et plus grave, ayant son siège à la face, existait, depuis 12 ans, chez une femme, âgée de 49 ans. Les croûtes furent ramollies et détachées au moyen d'un cataplasme, et le lendemain on commença le traitement par les topiques de suie. Lotions avec la décoction, et dans l'intervalle application de la pommade. Au bout de dix-huit jours l'amélioration était sensible, et douze jours après, la plus grande partie de la dartre était cicatrisée. — Un homme, âgé de 60 ans, d'une santé parfaite, avait, depuis l'âge de 20 ans, à la suite d'une éruption psorique, une large dartre squameuse sèche qui occupait toute la partie antérieure de chaque jambe. Cette dartre, fort incommode par la démangeaison qu'elle causait, avait resisté à une foule de traitemens tant internes qu'externes, ainsi qu'aux eaux thermales sulfureuses de Vagueïras (Vancluse). Les croûtes sont détachées à l'aide

d'un bain tiède. Quatre jours après l'usage de la pommade, il y avait une amélioration sensible; la démangeaison avait disparu. Deux jours après on ne voyait plus que quelques pustules isolées sur la large surface qu'occupait la dartre. La peau est d'un rouge pâle, il ne s'y forme plus d'écailles. — Une jeune fille était atteinte depuis un mois d'une dartre, occupant toute la joue droite, formant une croûte épaisse, jaunâtre, gercée profondément, d'environ trois pouces de diamètre; d'un rouge vif aux bords qui sont parsemés de petites pustules. (Cataplasme pour faire tomber les croûtes, et le lendemain application, matin et soir, de la pommade oléagineuse). Le topique ne cause aucune douleur; les croûtes ne se renouvellent plus; la cicatrisation se fait rapidement par des points isolés où la peau reprend sa couleur normale. Le huitième jour, guérison.

Deux *teignes faveuses* se sont rapidement dissipées par les mêmes moyens. Le frère du premier malade cité, âgé de 10 ans, était atteint, depuis dix-huit mois, d'une teigne faveuse, répandue sur toute la surface du cuir chevelu, qui avait resisté à divers moyens. Après la coupe des cheveux et la chute des croûtes, au moyen de cataplasmes, lotions, quatre fois par jour, avec une forte décoction de suie chaude; après six jours la guérison était presque complète. Tout avait disparu au bout de six jours. La topique n'avait causé aucune douleur.

Une affection *psorique*, qui avait résisté à une pommade composée de soufre et de sous-carbonate de chaux, a été très-promptement (en cinq jours) guérie par des lotions avec la décoction de suie.

2.° *Ulcères cancéreux et vénériens.* — L'auteur cite un cas de cancer ulcéré du sein, à bords renversés, dur, bosselé, à surface inégale, sécrétant un liquide ichoreux et d'une horrible fétidité, qui fut cicatrisé en vingt-deux jours. Cet ulcère, d'une sensibilité extrême, faisait éprouver à la malade des douleurs atroces qui la privaient du sommeil; il y avait perte de l'appétit, marasme. Lotions fréquentes avec la décoction de suie tiède; application, dans l'intervalle des lotions, de la pommade à laquelle on ajoute, à cause de la sensibilité, une partie de belladone sur huit de suie. A la première application de la pommade, l'ulcération perd son excès de sensibilité, les douleurs cessent, le sommeil reparaît. Sept jours après, la surface de l'ulcère a diminué des deux tiers; les bords en sont souples, affaissés; le pus n'est plus fétide. Des bourgeons charnus en grand nombre et d'une bonne couleur apparaissent sur ce qui reste. Quinze jours plus tard la cicatrisation était complète.

3.° *Irritations et exsudations chroniques de membranes muqueuses.* — Une éruption croûteuse étendue de la muqueuse nasale, existant depuis deux ans, fut guérie en quatorze jours par des lotions et aspirations fréquentes de décoction de suie chaude, et par l'application de

la pommade ; une diphthérite buccale fut très-promptement dissipée par des gargarismes faits avec la décoction. Une irritation prurigineuse de la vulve a disparu aussi facilement.

4.° Un *cancer ulcéré de l'utérus* a été cicatrisé très-promptement à la suite de l'usage de la pommade et de la décoction en injections. La partie du col utérin accessible au toucher avait le volume d'une pomme de rainette; elle était bosselée, dure, et offrait un ulcère de trois pouces dans son plus grand diamètre, à bords inégaux, durs, renversés en dehors, et divisé en plusieurs lobes par de profondes scissures. Il y avait douleurs lancinantes presque continuelles dans les parties sexuelles, écoulement d'un liquide ichoreux, sanguinolent et fétide; difficulté de la défécation et de l'excrétion urinaire, etc. Le traitement ordinaire laissa empirer le mal. La malade, épuisée, s'alita complètement. Cinq à six injections répétées quatre fois dans la journée, avec la décoction de suie. La malade n'en éprouve aucune douleur. Au bout de sept jours l'ulcération avait perdu de son étendue. On joint aux injections l'application de la pommade. Amélioration successive. On remplace les injections et la pommade dont l'application fatiguait la malade, par des bains locaux de la même décoction, au moyen d'un entonnoir dont le bec recourbé, introduit dans le vagin, y produisait une arrosion continue. Un mois après, l'amélioration obtenue est telle, que l'ulcération n'est plus sensible, qu'on a peine à atteindre l'utérus dont l'engorgement a beaucoup diminué, mais qui est encore dur et squirrheux. Un autre mois après, la partie de l'organe accessible au toucher avait repris sa consistance et sa souplesse normales. Le col n'existe plus, il a été détruit par l'affection cancéreuse, ainsi qu'une partie considérable du bas-fond de cet organe. Mais des douleurs plus ou moins vives qui se font sentir de temps à autre dans l'hypogastre, un liquide séro-sanguinolent qui s'échappe par gouttes à divers intervalles, font soupçonner l'existence de la maladie plus profondément. Le fait, suivant M. Bland, n'en démontre pas moins la puissance cicatrisante de la suie.

5.° Enfin sont rapportés des faits où l'on voit les maladies, ce sont principalement des cancers, résister à l'action de la suie, ou bien cette substance être plutôt nuisible qu'utile. Deux observations sont curieuses sous ce dernier rapport : une ulcération cancéreuse du sein fut traitée par les lotions et la pommade; en quatre à cinq jours l'ulcère se dessèche, se cicatrise en plusieurs points, et le suintement purulent s'arrête. Mais la mamelle devint rouge, dure, rénitente, et ces accidens inflammatoires, qui durèrent plusieurs jours, ne se dissipèrent que lorsque l'ulcère et l'écoulement séro-purulent se furent reproduits. Dans le second cas, le topique ayant été mis sur un ulcère chronique situé sur la face dorsale de la main gauche, la suppuration fut promptement tarie; mais bientôt tout l'avant-bras se

tuméfia considérablement, devint douloureux et rouge, et cette inflammation ne se dissipa que par le rétablissement spontané de l'ulcération primitive. (*Revue médicale*, juin 1834.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 20 juin. — OPÉRATION POUR L'IMPERFORATION DE L'ANUS. — Rapport de M. Capuron sur un mémoire de M. Roux, chirurgien à Brignolles, sur ce sujet. — M. Roux raconte qu'il fut appelé près d'un enfant nouveau-né, qui n'avait au périnée aucune trace d'anus, et dont le rectum aboutissait à l'urètre. Ce canal, oblitéré à son extrémité, était percé en dessous. Il y avait une sorte d'érection, des hoquets et des vomissemens. Un premier médecin appelé avait incisé la membrane qui bouchait l'urètre, mais n'avait pas osé aller à la recherche de l'anus. M. Roux ayant placé l'enfant sur les genoux d'un aide, incisa la peau d'avant en arrière dans l'endroit que l'anus devait occuper et dans l'étendue de 8 lignes, et découvrit les fibres des sphincters qu'il écarta par la dissection. Arrivé au releveur de l'anus, il en sépara également les fibres en se dirigeant toujours du côté du coccyx, de peur d'atteindre la vessie, et au-dessus de cette dernière couche de muscles, il rencontra une masse de tissu cellulaire dans laquelle le doigt reconnut une saillie molle et fluctuante. Une ponction faite avec le bistouri sur cette saillie donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de méconium. Cette ponction fut agrandie de manière à permettre l'introduction de la première phalange du doigt indicateur ; celle-ci fut remplacée par une grosse mèche enduite de cérat, qu'on laissa à demeure. Les jours suivans, les matières fécales sortirent par la plaie. Quelques-unes aussi s'échappaient par l'urètre. L'incision fut donc agrandie encore du côté du coccyx pour favoriser la sortie des fecès, et grâce à cette précaution l'anus artificiel remplit bientôt exclusivement toutes les fonctions de l'anus naturel. L'enfant vit encore aujourd'hui et jouit d'une bonne santé. — M. Capuron donne de grands éloges à ce procédé qu'il regarde comme une amélioration notable, en ce qu'on a substitué, dans le cas où le rectum est séparé du périnée par une grande épaisseur de parties, une opération régulière, basée sur des notions anatomiques, à une ponction faite au hazard, ou bien à la méthode de Littre, qui établissait un anus artificiel à la fosse iliaque, méthode ordinairement fâcheuse. M. Capuron conclut à ce que des remercîmens soient adressés à l'auteur du mémoire, que son nom soit inscrit sur la liste des candidats correspondans, que le mémoire soit enfin déposé aux

Archives. Une discussion s'élève à ce sujet : plusieurs membres insistent sur cette opinion qu'il n'y a rien à faire quand le rectum ne se décèle pas au périnée par quelqu'indice. Dans ces cas où les chirurgiens les plus habiles ont tenté l'opération, tous les enfans ont succombé. M. Sanson ne pense pas qu'il faille toujours ces conditions favorables pour assurer le succès. Il a opéré, il y a quelque temps, un enfant qui ne présentait pas la moindre trace d'anus; seulement, pendant sa vie, le périnée se tendait uniformément. Un bistouri, enfoncé jusqu'à deux pouces et demi de profondeur, rencontra seulement alors le bout de l'intestin, d'où s'échappa du méconium. L'incision fut agrandie en arrière et fut maintenue dilatée à l'aide d'une mèche. Un mois après, la guérison paraissait assurée. — M. Breschet ne comprend guères les détails de l'opération faite par M. Roux. Il doute qu'on puisse, aussi facilement que dit l'avoir fait ce chirurgien, distinguer les différences tissus, les fibres de chaque muscle, etc. D'ailleurs, dans les opérations sur les enfans nouveau-nés, une rapidité extrême est nécessaire pour leur épargner une douleur qui leur serait très-nuisible. M. Breschet propose cependant l'envoi du mémoire et du rapport au Comité de publication. — Les conclusions du rapporteur et la proposition de M. Breschet sont adoptées. — On passe à la discussion du rapport de M. Ferrus sur les prisons, discussion qui a presqu'entièrement occupé les séances dn mois de juillet. Nous ne croyons pas que l'utilité d'un tel compte-rendu pût en compenser l'étendue. Nous rapporterons ce qui ressortira d'important de cette discussion, lorsqu'elle sera terminée.

Académie royale des Sciences.

Séance du 30 juin. — PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. APPAREIL DENTAIRE PARTICULIER APPARTENANT A LA COLONNE VERTÉBRALE. — M. Jourdan, directeur du Musée d'histoire naturelle de Lyon, a trouvé chez le *Coluber scaber* de Linnée, dans la première partie du canal digestif, une espèce d'appareil dentaire composé de trente apophyses osseuses, à têtes recouvertes d'émail, et dont quelqnes-unes avaient la forme de nos incisives, et faisaient une saillie de deux lignes au moins. Ces apophyses dentaires sont au nombre de trente; elles appartiennent aux trente vertèbres qui suivent l'axis. Leur forme les distingue naturellement en deux séries. La première en comprend vingt-deux, de la troisième à la vingt-quatrième vertèbre inclusivement; elles sont alongées d'avant en arrière et aplaties transversalement; leur saillie sur le corps de la vertèbre n'est guère de plus d'une demi-ligne, et leur couronne est d'autant plus tranchante que par leur position elles sont plus rapprochées de la tête de la couleuvre. Leur direction n'est pas la même; les antérieures sont dirigées en bas et en arrière, les

moyennes directement en bas, les postérieures en bas et en avant. Dans les individus observés par M. Jourdan, toutes ne s'étaient pas fait jour à travers les membranes pharyngiennes : ces membranes recouvraient encore les huit premières; mais au point de contact elles étaient plus ou moins translucides et amincies. Huit apophyses dentaires composent la deuxième série; toutes, une seule exceptée, pénétraient dans la cavité pharyngienne. Leur saillie est de deux lignes; les plus développées sont les troisième, quatrième, cinquième et sixième. La force de ces dernières est celle des incisives de l'homme.

Ces apophyses dentaires sont formées de trois substances, une couche d'émail qui resserre la couronne et se prolonge sur le fût; une substance osseuse peut-être un peu plus éburnée que la substance osseuse ordinaire, et une substance aréolaire, celluleuse, occupant le centre de l'apophyse et communiquant avec le tissu spongieux du corps de la vertèbre. La couche d'émail est la dernière à paraître; elle n'est déposée que lorsque l'apophyse doit bientôt se faire jour à travers les tuniques digestives. M. Jourdan a pu étudier les divers degrés de la densité de cet émail, suivant que l'apophye était plus ou moins sur le point de paraître dans la cavité pharyngienne. Il considère comme une espèce de pharynx cette première partie du canal digestif qui contient des apophyses dentaires; c'est une cavité très-grande qui s'étend de la bouche à quelques lignes au-dessous du cœur; elle se termine en se rétrécissant beaucoup, et donne origine à l'œsophage. Sa tunique contractile est composée de deux plans musculaires; l'un interne, dont presque toutes les fibres sont longitudinales; l'autre externe, dont les fibres sont obliques en bas et en avant, et viennent se terminer sur la ligne médiane à une bande aponévrotique qui lui sert de raphé commun. Ce dernier plan musculaire n'est que la partie antérieure du transverse abdominal. La tunique muqueuse présente, comme dans tous les autres ophidiens, des replis longitudinaux; mais elle est ici fort remarquable par les ouvertures que traversent les apophyses dentaires. Ces ouvertures sont de simples fentes parallèles à l'axe du corps pour les apophyses de la première série; pour les huit de la seconde, elles sont de véritables fourreaux qui prennent leurs formes et les embrassent exactement. Ces fourreaux n'adhèrent qu'à la base des apophyses et se terminent par deux lèvres d'un tissu analogue à celui des gencives. M. Jourdan pense que ces apophyses dentaires n'existent pas de prime-abord dans la cavité digestive, et qu'elles n'y pénètrent que successivement.

En résumé, ce qui constitue cette curieuse disposition anatomique que M. Jourdan a découverte, c'est: 1.° l'existence *d'apophyses de la colonne vertébrale*, ayant la forme des dents, en remplissant les fonctions, et comme elles portant une couronne recouverte d'une couche d'émail; 2.° *la présence de ces apophyses dans l'intérieur du canal*

digestif. Il faut bien remarquer que ce sont des apophyses et non des dents, ce qui les distingue des dents pharyngiennes des carpes et des poissons cartilagineux.

Le *Coluber scaber*, qui présente cette singulière organisation, est long de deux pieds et demi à trois pieds. On pensait encore il y a quelques années qu'il nous venait de l'Inde, aujourd'hui l'on sait que l'Afrique méridionale est sa patrie. Les couleuvres de cette espèce sont communes sur la côte ouest du Cap. C'est là qu'ont été recueillies celle que Smith a décrite, et celle dont M. Jourdan s'est servi pour ses dissections. Smith s'était trompé en pensant que le *Coluber scaber* n'avait point de dents maxillaires. Cet animal en a, ainsi que l'a reconnu M. Jourdan, et le nom d'*anodon* donné par Smith ne lui convient pas. Tous les voyageurs racontent que le *scaber* se nourrit d'œufs qu'il avale sans les briser. Voici comment on peut expliquer le mécanisme de l'alimentation chez cet animal. La couleuvre saisit avec les deux mâchoires l'œuf, qui glisserait s'il n'était retenu par les petites dents qui s'y rencontrent; ce sont les apophyses dentaires, et surtout celles de la seconde série, qui brisent l'œuf; l'œuf passe ainsi dans l'œsophage et l'estomac. Changer quelque chose aux dispositions anatomiques qui viennent d'être décrites, c'eût été changer les habitudes de l'animal. Sans apophyses dentaires, la digestion de l'œuf, avalé entier, n'eût pas été possible, et de fortes dents placées aux deux mâchoires eussent brisé l'œuf sans utilité pour l'animal, car la plus grande partie de la substance nutritive aurait coulé hors de la bouche.

État chimique du cerveau dans l'état sain et dans les aliénations mentales. — M. Couerbe distingue chimiquement, dans le cerveau, cinq sortes de graisse. Le point le plus important de son mémoire et qui demande d'être vérifié, c'est une certaine disproportion dans la quantité de phosphore que contient cet organe suivant qu'il appartient à un individu sain et à un individu aliéné. Suivant M. Couerbe, les analyses chimiques donnent de 2 à 2. 5 de phosphore pour cent dans le cerveau d'un homme sain, de 1 à 0,5 dans celui d'un idiot, et de 3 à 4 et à 4,5 dans celui d'un aliéné.

Séance du 7 juillet. — M. Lassaigne adresse une lettre sur les *altérations que les graines de céréales peuvent éprouver à l'abri de la lumière et de l'air sous l'influence de l'humidité.* Lors de la démolition d'une maison située près le quai de la Grève, on a trouvé enfoui dans une fosse fermée, un amas considérable de grains de blé qui, au rapport de quelques habitans du quartier, avaient été enfermé depuis un temps assez long. Ces grains, tout en conservant leur forme, présentent une couleur noire, comme s'ils avaient été charbonnés; ils sont tellement friables qu'on les réduit en poudre lorsqu'on les froisse entre le pouce et l'index. Il n'y existe plus ni *amidon*, ni *gluten*. A la

place de ces principes, on trouva une grande quantité *d'acide ulmique* combiné à 1/10 de son poids de chaux, et une matière brunâtre, pulvérulente, insoluble dans l'eau, les acides et les alcalis formant un quart du poids de ces grains. Ces produits sont donc de la même nature que ceux que l'analyse a indiqués dans les diverses espèces de terraux. Une autre observation à faire, c'est la disparition presque totale des *phosphates terreux* dans ces grains altérés.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire lit un long rapport sur le mémoire de M. Jourdan, et explique l'existence de l'appareil dentaire vertébral chez le *Coluber scaber*, pourvu de dents fort petites et sans emploi, par la *loi de balancement des organes*. Il pense que le fait découvert par M. Jourdan porte à faire reprendre tout le travail sur la composition de la vertèbre.

— M. Biot fait connaître les résultats des expériences qu'il a continué de faire sur le mouvement de la sève.

Séance du 21 juillet. — ALTÉRATIONS DES CÉRÉALES. — M. Julia Fontenelle adresse quelques remarques sur la communication de M. Lassaigne. Il pense que l'altération observée doit être rapportée à l'action du feu. Suivant lui, les grains auraient été brûlés comme en vase clos. Les faits qu'il allègue prouvent que, dans des grains conservés en lieu clos à l'abri de l'air et de la lumière, et depuis un temps beaucoup plus long que ne paraît être celui du dépôt trouvé au quai de la Grève, l'amidon reste encore, quoique le gluten ait disparu. Mais ces faits s'éloignent de celui de M. Lassaigne en ce que l'humidité n'y est pas intervenue d'une manière sensible.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. ANALOGIE DU BASSIN ET DE L'ÉPAULE. — M. le D.r Desvigne adresse, dans une lettre, quelques observations tendant à appuyer la théorie des analogues, principalement en ce qui a rapport à l'existence des os marsupiaux chez les différens ordres des vertébrés, et à l'analogue de ces os dans l'épaule. La première question, dit M. Desvigne, a occupé un grand nombre de naturalistes. M. Geoffroy Saint Hilaire a admis les os marsupiaux, M. Laurent les a déterminés dans les mammifères ; je viens de les trouver chez les reptiles et les poissons. La seconde question n'a été abordée par personne, quoiqu'elle présente un complément indispensable à l'histoire philosophique du squelette ; je viens de la résoudre en donnant une nouvelle détermination aux os du bassin dans leurs analogies avec ceux de l'épaule ; voici comment :

Le pubis a été regardé depuis Vicq-d'Azyr comme l'os correspondant à la clavicule. Cette manière de voir me semble erronée ; car les caractères essentiels de la clavicule sont et d'être supérieure au passage des nerfs qui se rendent au membre, et d'être en connexion avec la voûte de la cavité glénoïde, tandis que l'os pubis est situé au-dessous des artères et des nerfs cruraux, et s'articule avec l'ilium inférieure-

ment ou au moins latéralement à la cavité cotyloïde. Il fallait donc chercher d'autres analogies pour le pubis. L'apophyse coracoïde remplit toutes les conditions voulues. Ceci posé, il m'a été facile de déterminer ce que peuvent être des os qui tantôt se rendent du pubis à l'ilium, comme dans les tortues, tantôt partent du pubis et se dirigent plus ou moins obliquement vers l'ilium sans l'atteindre, comme dans les didelphes et les mammifères; tantôt enfin se rendent de l'ilium vers le pubis sans s'y souder, comme dans les oiseaux et les crocodiles. Ces os, auxquels on a donné la dénomination spéciale de marsupiaux dans les monotrèmes et les didelphes, sont, dit l'auteur de la lettre, évidemment les analogues de la clavicule. L'épaule présente donc dans son ensemble trois parties principales : le scapulum, l'os coracoïdien et la clavicule, qui se répètent parfaitement dans le bassin; l'ilium représente le scapulum, le pubis, l'apophyse coracoïde, et l'os marsupial la clavicule.

M. Desvigne annonce qu'il s'occupe de rassembler les matériaux nécessaires à la démonstration des propositions qui viennent d'être énoncées, et qu'alors il soumettra son travail au jugement de l'Académie.

VARIÉTÉS.

Quelques remarques sur l'histoire des méthodes d'opérer l'anévrysme; réponse aux critiques de M. Lisfranc; par M. Dezeimeris.

L'histoire des diverses méthodes employées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours dans le traitement des anévrysmes est un des chapitres intéressans de l'histoire de la chirurgie, et un de ceux dans lesquels les historiens ont mis le moins d'exactitude et de précision. Dans un article fort court, inséré dans le tome III du *Dictionnaire de Médecine*, je m'étais efforcé de débarrasser cette histoire de beaucoup de détails inutiles dont elle est ailleurs surchargée; j'avais indiqué quelques-unes des erreurs les plus graves qu'on y avait commises, mais non toutes celles que j'y avais remarquées; je m'étais efforcé de faire entrer dans le plus étroit espace qu'il fût possible, les documens les plus essentiels de cette histoire; et ces documens, je les avais tous puisés dans les sources originales. Je croyais avoir fait, non un article bien intéressant, mais un article exact et utile. Or, je me serais grandement trompé à cet égard s'il fallait adopter comme une sentence sans appel le jugement qu'on en porte dans la thèse présentée par

M. Lisfranc au concours pour la chaire de chirurgie et qu'un ami vient de me prêter pour quelques instans. L'éclatante publicité qu'elle va recevoir ne me permet point de garder le silence sur des critiques que je crois sans fondement ; l'intérêt que je prends aux progrès de l'histoire de la science me fait sentir vivement le besoin de repousser des opinions que je regarde comme de graves erreurs historiques, au moment même où elles sont émises.

« Nous nous étendrons, dit l'auteur de la thèse, avec quelques détails sur cette histoire des opérations proposées contre l'anévrysme, d'autant plus que ni Sprengel ni même M. Dezeimeris ne nous semblent exempts ni d'inexactitudes ni de graves omissions. »

Je n'aurai pas besoin, je crois, de m'étendre beaucoup dans l'examen de la thèse présentée par M. Lisfranc pour qu'il soit facile au lecteur de juger de quel côté sont les inexactitudes, de quel côté les graves omissions.

« Ainsi il est bien remarquable, dit l'auteur de la thèse, que la première méthode connue pour le traitement de l'anévrysme ait échappé à tous ceux qui se sont occupés de cette histoire. Elle appartient à Rufus, et voici comme Aétius nous l'a transmise : *Si vas unde emanat sanguis profundum fuerit.........., ubi situm ejus et magnitudinem diligenter perspexeris ; noverisque numquid vena sit an arteria, vas immissâ volsellâ extendemus et moderatè circumflectemus ; nonnumquam et post vinculi nexum oblique vas incidere cogimur.* (Aétius, lib. XIV, cap. 52.)

Il faut se défendre d'abord, après quoi il sera permis de faire succéder le rôle de critique à celui d'auteur critiqué.

De quelle inexactitude ou de quelle omission me suis-je rendu coupable par rapport à ce premier point? Moi aussi j'ai cité Rufus ; je lui ai attribué d'après Aétius (*Tetrabibli IV*, *serm.* 2, *cap.* 51), une opinion exprimée en ces termes : « Quelquefois, la plaie de la peau s'étant réunie, celle de l'artère restant béante, le sang s'échappe sous la peau et forme une tumeur que les Grecs appelent anévrysme, c'est-à-dire dilatation de l'artère. » Je la lui ai attribuée, 1° parce que le nom de Rufus se trouvant placé en tête du chapitre d'Aëtius qui vient d'être indiqué, il y avait lieu de penser, malgré l'infidélité habituelle du compilateur, qu'il devait se trouver dans ce chapitre quelque chose qui lui appartînt ; 2° parce que cette définition se trouve presque au commencement du chapitre, et par conséquent tout près du nom de Rufus ; 3° et principalement parce qu'elle est tout à côté d'une opinion physiologique que je reconnaissais pour être celle du médecin d'Ephèse, et sur laquelle je m'expliquerai au besoin. Quoique l'auteur de la thèse que j'examine soit fort éloigné de disputer à Rufus la propriété de cette idée, puisque au contraire il lui en attribue d'autres que je vais lui contester, j'ai dû faire connaître mes

motifs, parce qu'ils n'ont que tout juste le poids nécessaire pour qu'on ne puisse pas enlever à Rufus la seule chose que je lui accorde, et parce qu'ils prouvent peut-être qu'il s'agit ici d'une question sur laquelle je n'ai pris parti qu'après mûr examen.

Jusqu'ici il n'y a point d'inexactitude de ma part. J'ai sous les yeux le passage d'Aétius, et je vois que je l'ai fidèlement traduit; j'ai indiqué sa place au 51e chapitre du livre XIV, et c'est bien là qu'il se trouve, quoi qu'en dise l'auteur de la thèse, qui le mèt au 52e, d'après une mauvaise édition.

Mais si je ne suis pas coupable d'inexactitude, suis-je aussi exempt d'omission? Voyons. Je répète le reproche de l'auteur de la Thèse: «il est bien remarquable que la première méthode connue pour le traitement de l'anévrysme ait échappé à tous ceux qui se sont occupés de cette histoire; elle appartient à Rufus.»

Je n'ai point cité Rufus comme inventeur d'une méthode de traitement de l'anévrysme, ni même comme ayant parlé d'une manière quelconque du traitement de cette maladie. Nous verrons dans un instant si mon silence est une omission; je vais prouver d'abord que ce n'est pas un oubli. J'avais lu autrefois les fragmens trop courts qui nous restent des œuvres de Rufus d'Ephèse, et je croyais me souvenir assez de cette lecture pour être sûr qu'il n'y avait rien qui se rapportât d'une manière quelconque aux anévrysmes; je viens de les revoir et de m'assurer que mes souvenirs ne m'avaient point trompé. Je n'avais point négligé de consulter les compilateurs grecs qui nous ont conservé des fragmens des ouvrages perdus de ce médecin; je remonte de nouveau à ces sources secondaires, et je reconnais les traces de mes recherches partout où je voudrais puiser encore aujourd'hui si j'avais à recommencer mon article. Et pour que mon attention fût encore mieux éveillée, même sur ce qui ne touchait qu'indirectement à mon sujet sans lui appartenir, il se trouvait que l'historien de la chirurgie ordinairement le plus exact, Peyrilhe, comme pour mettre à l'avance en défaut quiconque viendrait un jour reprocher aux historiens de n'avoir pas parlé du traitement de l'anévrysme proposé par Rufus, il se trouvait, dis-je, que Peyrilhe s'était trompé cette fois, et avait parlé de Rufus à ce titre. «Sa définition de l'anévrysme, dit-il, suffit pour dépouiller Galien de la primauté; mais Rufus ne se borne pas à définir l'anévrysme, il en distingue les espèces, en assigne la curation, et ne laisse guère au médecin de Pergame que l'honneur de le copier.» (*Hist. de la chir.* T. II, pag. 435.) Mais, dirai-je à mon tour, Rufus n'a rien fait de tout cela, et il y a là une méprise de Peyrilhe. Je suis tout prêt à le démontrer, si besoin est; en attendant je fais remarquer que Peyrilhe l'a reconnu lui-même tacitement, puisque, après avoir promis de reprendre ailleurs cette discussion, il s'en est prudemment abstenu, à l'endroit de son histoire qui appelait cette discussion.

Ainsi donc, si j'ai gardé le silence sur Rufus, en faisant l'histoire du traitement de l'anévrysme, ce n'est point par oubli, mais parce que j'ai acquis, par l'examen de ce qui nous reste de cet auteur, la conviction qu'il n'a rien enseigné à ce sujet, et parce que cette conviction a été assez forte pour résister à l'exemple d'un historien qui mérite en général beaucoup de confiance.

L'assertion de l'auteur de la Thèse prouve-t-elle que je me suis trompé? non. Cette assertion ne prouve qu'une chose : c'est qu'un homme savant et judicieux qui écrit avec trop de précipitation et qui prononce sur une question historique sans examen suffisant, peut, sur un seul fait, commettre plus d'une faute grave. En effet, si l'on remarque qu'après le passage qu'il attribue à Rufus, il reproche à Galien de l'avoir copié, et il regrette de ne pouvoir, à défaut de temps, comparer, dans les originaux grecs, les expressions de Rufus et de Galien, on devra convenir qu'il était difficile d'accumuler plus d'erreurs en moins d'espace, quand j'aurai prouvé : 1° que ce passage n'est point relatif au traitement de l'anévrysme; 2° que ce passage n'est point de Rufus; 3° que Galien ne l'a point copié; 4° et qu'il n'existe point d'originaux grecs de Rufus, relatifs à l'anévrysme, qu'on puisse comparer avec ceux de Galien.

Pour établir le premier de ces points, à savoir qu'il ne s'agit pas, dans le passage en question, du traitement de l'anévrysme, je n'aurais qu'à renvoyer à ce passage même. On y verrait, dès les premiers mots, qu'il ne s'agit que des plaies actuellement saignantes, et dont l'hémorrhagie demande à être arrêtée sans retard : *si vas undé manat sanguis*, etc. ; les suivans sont bien plus décisifs encore : *ubi noveris numquid vena sit an arteria. Quand vous aurez reconnu si c'est une veine ou si c'est une artère.* Une veine ou une artère! L'auteur de la thèse qui a voulu faire Rufus plus savant qu'il n'était sur le traitement de l'anévrysme, lui fait tort, quant aux connaissances qu'il posséda réellement, car on a la certitude qu'il distingua fort bien les varices de l'anévrysme, et qu'il n'attribue point cette dernière maladie à l'affection ou à la blessure des veines. Ainsi, dès qu'il y a doute sur la nature du vaisseau qui donne lieu à l'hémorrhagie qu'on veut arrêter, il ne peut être question d'anévrysme dans ce passage. Je répète donc, ce que ce passage dit suffisamment par lui-même, qu'il n'est relatif qu'aux plaies compliquées d'hemorrhagie. J'affirme de plus, que toute autre opinion paraîtra insoutenable à quiconque l'aura lu, avec le long chapitre dont il fait partie, dans Galien, dans Aétius, dans Paul d'Egine, dans Rhazès, dans Avicenne, dans Lanfranc, dans Guy de Chauliac, dans Tagault, où il est reproduit presque textuellement, et dans vingt autres auteurs, qui l'ont copié et que j'indiquerai aux personnes pour qui les huit qui précèdent ne seraient pas une autorité suffisante.

Ainsi donc le passage cité par l'auteur de la thèse n'est point relatif à l'anévrysme, et ce n'est point une omission de l'avoir passé sous silence en faisant l'histoire des méthodes d'opérer cette maladie. Premier point qu'il fallait établir.

Ceçi suffirait à ma justification; mais je veux à mon tour sonder l'érudition de celui qui me critique.

2° Ce passage n'est point de Rufus.

Quels motifs alléguerait l'auteur de la thèse, pour établir, contre toute évidence, que ce passage est du médecin d'Ephèse? Il n'y en a qu'un seul; et ce motif, je l'allègue, puisque l'auteur de la thèse ne l'a pas fait: c'est qu'à la suite du titre du chapitre d'Aétius on lit le nom de Rufus. Prétendrait-il en conclure que Rufus est l'auteur de tout ce chapitre? Cette prétention serait bientôt réfutée par ce chapitre même, dans lequel sont cités des auteurs postérieurs à Rufus, tels que Philagrius, Galien, Oribase, etc. Donc ce chapitre n'est point de Rufus; donc ce chapitre ne contient de ce médecin que quelque opinion isolée. Mais à quoi reconnaître ce qui est de lui? Il n'y a que trois moyens d'arriver à cette détermination: ou ses opinions se font connaître par des caractères intérieurs qui leur sont propres; c'est-à-dire, par un rapport déterminé avec d'autres opinions qui nous viennent directement de lui, et qu'il est facile de reconnaître; ou bien le témoignage de quelque écrivain postérieur autorise à les lui attribuer; ou bien enfin, en l'absence de tout renseignement, on les lui attribue parce qu'on ne trouve aucun autre auteur à qui l'on puisse plus naturellement les rapporter. Or, rien de cela n'est favorable à l'opinion de l'auteur de la thèse. Le passage n'a en lui-même rien qui puisse le faire attribuer à un auteur plutôt qu'à un autre; mais ce qui le précède et le suit ne laisse pas la même incertitude. Si l'on voulait oublier un instant où cela se trouve, rien ne ferait penser à Rufus, et l'on verrait, presque dans chaque mot, des opinions ou des connaissances que l'on sait appartenir à Galien, et qui reparaissent en une foule d'endroits dans ses ouvrages. Qu'est-ce donc, quand on considère ces fragmens au milieu du chapitre dont ils font partie, et quand on reconnaît que ce n'est pas une phrase ou deux dont il s'agit de désigner le véritable auteur, mais un chapitre entier à attribuer à Rufus sans nul motif qui y autorise, et un homme comme Galien à accuser d'un énorme plagiat, reproduit comme àplaisir dans les plus importans de ses ouvrages? Donc encore une fois, et pour vingt autres raisons qu'il serait superflu de déduire, le passage en question n'est point de Rufus.

3° Galien n'a point copié ce passage; Galien n'est point un copiste dans ce qu'il dit de l'anévrysme, quoi que puisse prétendre, à cet égard l'auteur de la thèse présentée au concours.

Que le chapitre presque entier d'Aétius dans lequel se trouve ce

passage soit pris à-peu-près textuellement dans les œuvres de Galien, c'est ce dont il est facile à chacun de s'assurer en un instant. On n'a qu'à jetter pour cela les yeux sur le traité *de Methodo medendi*, aux chapitres 2 et 3 du livre V. Il n'y a pas même là matière à controverse; le fait est indubitable. Or, parce qu'un compilateur très-souvent infidèle dans ses citations a placé en tête de ce chapitre le nom d'un homme auquel il ne peut appartenir, est-ce une raison suffisante pour en dépouiller celui chez qui on le trouve dans toute son extension, et avec plus de développemens encore? Est-ce une raison pour enlever à Galien des idées reproduites sous diverses formes dans tous les endroits de ses œuvres qui se rapportent au même sujet? Non, assurément non. Ce serait se montrer dépourvu de tout esprit de critique que d'en agir ainsi. Et quelque penchant qu'on eût à prendre ce parti, on serait encore dans l'impossibilité de le faire; car on se trouverait en face d'une multitude d'auteurs qui, en reproduisant ou les idées fondamentales du chapitre en question, ou même la plupart des détails qu'il renferme, ne manquent pas d'avertir qu'il appartient à Galien, de qui ils l'empruntent. Tels sont, pour n'en citer qu'un petit nombre : Rhazès, *Continens*, lib. XVIII; tr. 1, cap. 2; Avicenne, lib. IV; fen. 4, tr. 2, cap. 16 et 18; Lanfranc, *Pratica quæ dicitur ars completa totius chirurgiæ*, doctrina III, tract. 1, cap. 9; Guy de Chauliac, traité III, *des Plaies*, cap. 3. Tagault, *Institut. chir.* lib. II, cap. 12.

Je puis m'arrêter ici et conclure que ma troisième proposition est suffisamment prouvée, savoir : que Galien n'a point copié de Rufus le passage cité dans la thèse présentée au concours par M. Lisfranc.

Quant à ma quatrième proposition, qu'il n'y a point d'originaux grecs de Rufus, relatifs au traitement de l'anévrysme, qu'on puisse comparer avec ceux de Galien, pour voir si celui-ci en a copié les expressions, j'attendrai, pour en donner des preuves, qu'elle soit contestée. Je ferai seulement remarquer que la proposition contraire a de quoi étonner de la part d'un historien qui se pique d'avoir tout examiné par lui même, et qui doit avoir la mesure d'érudition indispensable pour cela, j'entends la connaissance de ce qui nous reste des sources originales de la médecine grecque.

Voilà ma défense achevée contre le premier paragraphe de la thèse présentée au concours par M. Lisfranc.

Que l'auteur se défende à son tour, 1° d'avoir cité comme description d'une méthode de traitement de l'anévrysme un passage qui n'est point relatif à l'anévrysme.

2° D'avoir attribué à Rufus un passage qui n'est pas de lui.

3° D'avoir traité faussement Galien de copiste, de l'avoir accusé de copier dans Rufus un passage qui n'est pas de Rufus et qui n'est de personne que de lui-même.

4° D'avoir commis une inadvertance qui a lieu d'étonner de sa part, en regrettant de ne pouvoir *à défaut de temps* comparer à l'original grec de Galien, l'original grec de Rufus, relatif au traitement de l'anévrysme, qui n'existe pas.

En attendant, je passe au deuxième paragraphe. Il est relatif à la méthode d'opérer l'anévrysme qu'on trouve réellement décrite dans Aétius.

Ici on ne me reproche ni inexactitude ni omission; mais moi j'y reprocherai une omission à l'auteur de la thèse. Elle consiste à s'attribuer l'honneur d'avoir débarrassé cette histoire d'un nom cité à tort par les historiens, et à taire le nom de quelqu'un qui l'avait déjà fait auparavant.

« Aétius, dit-il, décrivit plus tard un autre procédé *qui paraît lui appartenir.* » Et plus loin : « Comme on le voit, nous rayons de cette histoire le nom de Philagrius auquel on rattache ordinairement ce procédé, sans qu'on apporte même en faveur de cette opinion une raison au moins probable. » Comme je suis, avec Sprengel, le seul historien qui ait été mis en cause par l'auteur de la thèse, le lecteur pourrait supposer qu'une partie de cet : *on rattache ordinairement*, et de la conséquence, vient à mon adresse; or, voici ce que j'ai dit dans mon article : la méthode consignée dans les écrits d'Aétius est attribuée à Philagrius par les historiens, quoique le nom de ce chirurgien, placé en tête du chapitre *sur le ganglion*, qui précède immédiatement celui *sur l'anévrysme*, ne se trouve nulle part dans ce dernier. » J'avais donc déjà, avant l'auteur de la thèse, rayé le nom de Philagrius de cette histoire, et j'avais même indiqué la cause de l'erreur qui l'y avait fait introduire.

Le troisième paragraphe traite des deux procédés décrits par Paul d'Egine. J'ai dit que le premier de ces procédés ressemblait à celui décrit dans Aétius, si l'on retranchait de ce dernier le temps qui consiste à lier l'artère à distance au-dessus de la tumeur, avant d'ouvrir l'anévrysme.

« Le texte est assez obscur, dit l'auteur de la thèse; cependant il est naturel de penser que la ponction se faisait dans le sac, et que les ligatures étaient placées au-dessus et au-dessous.... On voit qu'il n'est pas tout-à-fait exact de dire, comme l'a fait M. Dezeimeris, qu'elle ressemble à celle d'Aétius. »

A cela je réponds que le texte ne me paraît pas obscur; qu'il n'est point naturel de penser que les ligatures fussent placées au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, puisqu'elles étaient toutes deux passées du même coup, et avec une seule aiguille, par dessous l'artère; j'ajoute enfin que j'ai dit en quoi cette méthode différait de celle d'Aétius, et que je n'y vois pas d'autre différence que celle que j'ai indiquée.

L'auteur de la thèse passe aux Arabes, et prétend qu'ils ne se bor-

nèrent point, *comme on l'a dit* (je suis de ceux qui l'ont dit), à copier les Grecs. Je maintiens mon dire jusqu'à ce que l'auteur de la thèse ait prouvé le contraire. Il ne l'a point fait jusqu'à présent, car le passage qu'il cite d'Avicenne, et qu'il tire d'un chapitre copié presque textuellement de Galien, n'est pas plus relatif aux anévrysmes que le prétendu passage de Rufus, mais se rapporte uniquement, de fait, et dans l'intention de l'auteur, aux plaies compliquées d'hémorrhagie.

« Guy de Chauliac parle le premier de la compression appliquée sur la tumeur, en y ajoutant l'action de substances astringentes. »

Guy de Chauliac n'est ni le premier qui parle de la compression, ni le premier qui y ajoute l'action des substances astringentes; Galien a enseigné et pratiqué tout cela; plus que cela même, puisqu'il a employé aussi les réfrigérans, et qu'il rapporte le cas d'un esclave qui fut guéri d'un anévrysme en appliquant long-temps de la neige dessus, d'après le conseil d'un homme étranger à la médecine. Je cite ce fait en passant, pour montrer à l'auteur de la thèse combien il se trompe en assignant au 18.ᵉ siècle l'origine de la méthode des réfrigérans, et en en faisant remonter tout au plus, avec d'autres, les premières traces jusques à Th. Bartholin.

L'auteur de la thèse termine son historique par un paragraphe où je suis inculpé plus fortement que dans ceux qui précèdent, mais contre lequel il ne me sera pas plus difficile de me défendre.

« Ici commence, dit-il, une discussion plus intéressante, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de la véritable origine de la méthode d'Anel. On sait que plusieurs auteurs l'ont rapportée à Guillemeau; M. Dezeimeris le nie formellement, et prétend que Guillemeau ne fit que suivre la méthode d'Aétius. Nous ignorons qui a pu induire ce savant dans une telle erreur; mais il est facile de démontrer que Guillemeau a indiqué en *propres termes* la méthode d'Anel, et qu'il n'a point suivi celle d'Aétius. »

Et moi je dis qu'il n'y a qu'une chose facile à démontrer, parce qu'il n'y a qu'une chose vraie, c'est que Guillemeau n'a décrit en termes propres ni impropres la méthode que j'ai revendiquée pour Anel, et qu'il n'a fait que suivre celle d'Aétius. Qu'on ne s'en laisse point imposer par l'assurance avec laquelle l'auteur de la thèse ajoute, après avoir rapporté un long passage de Guillemeau. « On voit que le procédé de cet auteur n'a aucune analogie avec celui d'Aétius. » Je vais mettre le lecteur à même d'en juger. Je n'ai qu'à placer en regard la description que chacun d'eux donne de l'opération qu'il propose. Je ne demande que la permission de faire auparavant une seule remarque : c'est que la méthode d'Anel consiste *essentiellement*, *uniquement* à faire la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, *sans toucher à celle-ci*, et que la méthode d'Aétius

consiste à *ouvrir la tumeur* après avoir lié l'artère au-dessus, *à vider cette tumeur des caillots et du sang grumelé qu'elle contient*, puis à la panser, de façon à faire qu'elle se remplisse de chairs et s'obstrue. On va voir à laquelle de ces méthodes ressemble l'opération de Guillemeau.

AÉTIUS.

Premièrement, on marque le trajet de l'artère à la partie interne du bras, depuis l'aisselle jusqu'au pli du bras ; ensuite, en cette même partie interne du bras, et sur ce trajet, à trois ou quatre doigts au-dessous de l'aisselle, on fait une simple incision en long à la peau, à l'endroit de l'artère où elle se rencontre au toucher, et l'ayant peu-à-peu découverte, on l'isole avec soin des parties environnantes, on la soulève avec un crochet mousse pour passer au-dessous deux liens de fil et la lier solidement ; on la coupe ensuite entre les deux ligatures, et l'on panse. Cela fait, n'ayant plus à redouter l'hémorrhagie, on ouvre la tumeur, on ôte tout le sang grumelé qu'elle contient, on recherche l'artère d'où est venu le sang, on la lie comme la précédente, on remplit la plaie de manne d'encens, et on la fait suppurer.

Aétius, *Tetrab.* IV, *serm* 3, *cap.* 10.

GUILLEMEAU.

Premièrement, je remarquai sur le cuir l'artère en la supérieure et intérieure partie de l'avant-bras (du bras), ainsi qu'elle descend de l'aixelle au pli du bras, trois doigts au-dessus d'icelui, et en cette même partie, suivant ce que j'avais remarqué, je fis une simple incision en long au cuir, qui était comme séparé à l'endroit de l'artère où elle se rencontre au toucher, et l'ayant ainsi découverte, passay par dessous avec une grosse esguille courbe une petite fisselle desliée, puis avec icelle fisselle, je liay la dicte artère à double nœud. Cela faict, tout le sang groumelé et autre caillé contenu en la tumeur furent ostés, puis les parois de la tumeur furent lavées avec eau-de-vie, en laquelle j'avais fait dissoudre un peu d'ægyptiac pour corriger la pourriture jà commencée en cette partie, un mois après, le malade fut parfaitement guairy, sans estre aucunement estropiat de son bras.

Guillemeau, la *Chirurgie françoise*, etc. Edit. de Paris, 1594, p. 92.

Que pense le lecteur maintenant de la hardiesse de l'auteur a dire que le procédé de Guillemeau n'a aucune analogie avec celui d'Aétius, et quelle analogie trouve-t-il au contraire entre la méthode d'Anel, qui consiste à lier l'artère au dessus de la tumeur *sans toucher à celle-ci*, et l'opération de Guillemeau qui, après avoir lié l'artère *comme Aétius*, vide, *comme Aétius*, la tumeur anévrysmale des caillots de sang qu'elle renferme, et lave même ses parois avec de l'eau-de-vie chargée d'egyptiac avant de la panser pour la faire suppurer. Comme la *non-incision* de la tumeur est ce qui caractérise essentiellement la

méthode d'Anel, l'auteur de la thèse, pour trouver ce caractère dans l'opération de Guillemeau, n'a pas craint d'émettre une assertion qui est une erreur flagrante et palpable. Il prétend que la tumeur n'a point été ouverte; que le *le sang groumelé et autre caillé* a été retiré par l'ouverture qui y existait avant l'opération. Ainsi, pour ne pas convenir que cette opération n'a nulle ressemblance avec celle d'Anel, il ne craint pas de dire qu'on a pu vider un anévrysme ancien, et de la grosseur du poing, des concrétions fibrineuses résistantes et des caillots qui existent dans les tumeurs de cette nature et de ce volume, qu'on a pu même en laver les parois, à travers une ouverture qui n'était, selon toute apparence, qu'un pertuis par lequel commençait à se faire un suintement purulent. N'est-ce pas là une assertion bien étrange ?

Il est facile de voir, dans l'observation de Guillemeau, que cette ouverture n'est pas autre chose que ce qui vient d'être dit. Voici un passage de cette observation; il n'a pas besoin de commentaire.

Après une saignée faicte au ply du bras, était survenu un petit aneurysme qui, par succession de temps, était accru de la grosseur du poing, auquel enfin, le sang contenu en iceluy se groumela : ce qui fut cause d'engendrer quelque commancement de pourriture en la dicte tumeur, comme il s'aperceut par le cuir, qui avait changé sa naifve couleur en noirceur et lividité, estant mesme altéré et ouvert pour à quoi obvier, *et au grand flux de sang principalement, qui s'en pourrait ensuivre, avec déperdition d'esprits, si l'ouverture se faisait plus ample*, je proposay, etc....

Cela est clair, l'ouverture n'était pas assez grande pour qu'il pût y avoir, sans qu'elle s'agrandit, flux de sang et déperdition d'esprits; donc il est évident pour tout le monde, excepté pour l'auteur de la thèse, que cette ouverture dût être considérablement agrandie par l'opérateur, pour qu'il pût vider la tumeur de *tout le sang groumelé et autre caillé contenu en elle*, et pour qu'il pût en laver les parois. Donc Guillemeau pratiqua dans ce cas l'opération d'Aétius et non pas celle d'Anel; donc l'auteur de la thèse n'a rien prouvé contre la priorité adjugée à Anel, pour la méthode connue sous son nom, en rapportant l'observation de Guillemeau.

Quant à la conclusion que Guillemeau tire de ce fait : en cas pareil le chirurgien peut sûrement découvrir l'artère vers sa racine et partie supérieure, et la lier *de même façon et sans autre cérémonie* : conclusion que l'auteur de la thèse rapporte, en déclarant que la méthode d'Anel est tout entière *dans ce peu de mots*, il est clair que cette conclusion ne peut renfermer que ce que renferme lui-même le fait d'où elle est déduite; *lier l'artère de mesme façon et sans autre cérémonie*, ne veut pas dire faire l'opération d'une *façon indifférente*, et en se gardant bien de toucher à la tumeur, au lieu de l'ouvrir comme on l'avait fait. Sans autre cérémonie, signifie tout simple-

ment : sans s'arrêter à une multitude de traitemens inefficaces ou dangereux qui ont été proposés, et qui ne valent pas la ligature *qui y est seule proufitable*.

Après avoir prouvé que la méthode d'Anel n'est pas dans Guillemeau, on pourrait se dispenser de suivre l'auteur de la thèse, qui, croyant l'avoir trouvée dans les œuvres de ce disciple d'Ambroise Paré, a pensé qu'elle devait remonter jusqu'au maître. Mais puisqu'il croit en effet avoir mis le doigt dessus, et qu'il affirme avec assurance que c'est là qu'est la véritable origine de cette méthode, je vais remonter avec lui jusque-là ; car moi aussi j'aime à aller aux sources. Or voici le passage allégué d'Ambroise Paré (livre VII, chap. 34).

« Je conseille au jeune chirurgien qu'il se garde d'ouvrir les anévrysmes, si elles ne sont fort petites, et en parties non dangereuses, coupant le cuir au-dessus, le séparant de l'artère, puis on passera une aiguille à séton, enfilée d'un fort fil, parsous l'artère aux deux côtez de la playe, et sera ladite artère liée, puis coupée, et la playe traictée comme une simple playe, laissant tomber le filet de soy-mesme : et ce faisant nature engendre chair, qui sera cause de boucher l'artère. »

L'auteur de la thèse trouve là le précepte de lier l'artère au-dessus de la tumeur, et de ne point toucher à celle-ci, car il faut qu'il y ait cela pour qu'on y trouve la méthode d'Anel ; moi j'y vois tout le contraire.

Si les anévrysmes sont volumineux et situés en des parties dangereuses, répète Paré avec la longue suite de ses prédécesseurs, depuis Aétius, il faut les respecter et se garder de les ouvrir. « Je conseille au jeune chirurgien qu'il se garde d'ouvrir les anévrysmes *si elles ne sont fort petites, et en parties non dangereuses*. Mais si elles sont fort petites et en parties non dangereuses, dit évidemment ce passage, c'est le cas de les opérer, et cette opération se fait alors *coupant le cuir au dessus, le séparant de l'artère*, etc. » Donc, première conclusion, Paré veut que l'on *coupe* l'anévrysme.

Maintenant, où veut-il que l'on fasse la ligature ? Je puis déjà répondre : à l'endroit de la tumeur ; puisqu'il ne parle que de couper en un seul endroit. Mais en voici une nouvelle preuve.

L'auteur de la thèse pense qu'il s'agit d'une ligature à distance de la tumeur et au dessus d'elle. Mais, dans la langue de Paré, *au dessus* ne veut pas plus dire *au-delà par en haut*, que *parsous* ne veut dire *au-delà par en bas*. *Au-dessus*, pour Paré, signifie exactement la peau qui est *sur la tumeur*. Je maintiens ce sens pour incontestable. Que si l'on a quelque doute sur cette interprétation, on n'a qu'à prendre la traduction latine des œuvres de Paré, et toute incertitude cessera, car on y lit *superincidatur cutis* ; en un seul mot, *superincidatur* ! pour rendre tout doute impossible. Et qu'on n'aille pas dire que la traduction peut être infidèle, car elle a pour auteur celui à qui l'on attribuait

tout-à-l'heure la méthode d'Anel, Guillemeau lui-même, auquel on ne peut objecter qu'il n'a pas bien compris la pensée de son maître, et qui se serait bien gardé de l'affaiblir en un point sur lequel il aurait eu la même idée que lui, et auquel il aurait dû attacher tant d'importance. *Paris, le 29 juillet 1834.*

Nota. Ces remarques, écrites et imprimées en quarante-huit heures, furent remises par moi, mercredi dernier à quatre heures moins quelques minutes, en épreuves non-corrigées, à cinq professeurs de la Faculté de médecine, et à cinq autres personnes, dans le but, non de les faire connaître, mais d'en constater publiquement l'existence. La rapidité avec laquelle les disciples de M. Lisfranc répandaient l'annonce d'une critique victorieuse lancée par ce professeur contre un de mes articles historiques du Dictionnaire de médecine, ne me permettait pas de laisser attendre long temps une réponse; et puisque j'étais en mesure de la faire à l'instant, avec les notions historiques que je possédais sur la matière, sans être obligé de m'engager dans des recherches nouvelles, il était naturel que je cherchasse à profiter d'une circonstance qui allait rassembler les élèves qui avaient déjà proclamé la victoire de M. Lisfranc, pour les avertir que c'était trop se presser, et qu'elle était encore disputée. Ce moment était le seul où il fut possible de faire entendre à cette foule de médecins réunis par la solennité du concours, qu'on réclamait d'eux la justice de ne point prononcer entre mon critique et moi, qu'ils n'eussent examiné ma réponse. Cette réponse serait arrivée trop tard le lendemain, car où les trouver réunis? A quel titre réclamer leur attention et comment l'obtenir? Dans la république des lettres il faut de l'égalité en toutes choses. M. Lisfranc avait une tribune rétentissante, où il pouvait parler à son aise, pourquoi me refuser jusqu'au droit de faire un signe pour indiquer que je désirais au moins d'être lu? Ce droit, j'ai senti que je l'avais et j'en ai usé. Nous voilà aujourd'hui, M. Lisfranc et moi, dans la condition où il aurait voulu me placer seul. Il a dit que la carrière des journaux nous était ouverte, et il a annoncé (voir la *Gazette médicale* du 2 août), que je l'y trouverais. Jusqu'à présent c'est moi qui l'y attends. Il a ma réponse depuis mercredi; elle fut faite le jour même où je connus la thèse dans laquelle je suis critiqué. A quel jour sa réplique? *Paris, le 3 août.*

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. ADELON, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE,

Breschet, Calmeil, Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée *Tomes* VI *et* VIIe. — Bruy-Catu et Cath-Cid. — 1834. — *Chez Béchet jeune.*

Nous sommes un peu en retard avec ce livre si important, un de ceux qui répondent le mieux aux besoins de l'époque actuelle. Nous n'avons pas encore parlé du tome VI, et le VIIe vient de paraître. La publication de ce Dictionnaire se poursuit maintenant avec activité, et il y a tout lieu de croire que les difficultés qu'offre au début une si vaste entreprise étant applanies, les volumes se succéderont avec une rapidité plus grande encore. Les volumes publiés constituent à-peu-près le quart de l'ouvrage; le plan adopté par les auteurs s'y développe suffisamment, et pour en comprendre tous les avantages, on n'a qu'à comparer les volumes correspondans des deux éditions de ce Dictionnaire. On s'apercevra facilement qu'il s'agit en réalité d'une publication tout-à-fait nouvelle. — Ecrivant uniquement pour les chirurgiens et des médecins, les auteurs ont donné aux articles de chirurgie, de médecine et de matière médicale, toute l'étendue désirable; ils ont supprimé toutes les parties des sciences naturelles qui n'ont pas une application directe à la médecine. En ce faisant, ils ont fait preuve d'un bon esprit; ce n'est pas en effet dans un ouvrage de médecine et de chirurgie, qu'on va chercher des notions sur les diverses branches des sciences naturelles. Aussi ne trouve-t-on dans ce Dictionnaire de détails que sur les points culminans de la physiologie, et sur les régions les plus importantes du corps humain. C'est ainsi que les auteurs parviendront à renfermer dans cet ouvrage, sans en augmenter beaucoup le cadre, les progrès immenses qu'a faits la science sous le rapport de la médecine et de la chirurgie depuis la première édition. La chirurgie occupe beaucoup de place dans le sixième volume. M. Marjolin a décrit la *bronchotomie* avec l'exactitude et la clarté qui caractérisent les écrits de ce célèbre professeur. Il commence par exposer les diverses opérations comprises sous ce nom, et les divers accidens qui peuvent en résulter; il énumère ensuite les indications que ces opérations sont destinées à remplir. La question devant se représenter à propos des maladies qui peuvent réclamer la bronchotomie, M. Marjolin a dû s'en tenir à une discussion fort succincte des indications, et ne pas entrer dans tous les détails que réclame la bronchotomie pratiquée, soit pour l'extraction des corps étrangers, soit pour le croup. — L'histoire de la bronchotomie

que M. Dezeimeris a jointe à la bibliographie, offre des details fort intéressans et d'une fidélité trop rare jusqu'alors dans ce genre de recherches.

L'article *Brûlure* donne un tableau succinct, quoiqu'assez complet, de tout ce qui a été écrit à ce sujet. MM. Marjolin et Ollivier, qui en sont les auteurs, n'admettent que deux degrés dans la brûlure : l'inflammation et la désorganisation immédiate. Toutes les lésions déterminées par la brûlure peuvent, il est vrai, se ranger dans ces deux classes : cependant la division établie par M. Dupuytren, et que M. Marjolin adopte, à quelques modifications près dans ses cours, me paraît préférable, en ce qu'elle analyse mieux les désordres locaux et les retrace plus facilement à la mémoire de l'élève. MM. Marjolin et Ollivier ont particulièrement insisté sur le traitement, sans cependant suivre Samuel Cooper dans les longs et inutiles détails qu'il donne sur les moyens divers employés par plusieurs de ses compatriotes. MM. Marjolin et Ollivier donnent une analyse du mémoire publié par le docteur Anderson, sur l'usage du coton dans les brûlures. Ils regardent, avec raison, ce moyen comme fort utile. Le typha, à l'aide duquel M. Cloquet a obtenu de beaux succès, leur paraît agir de la même manière que le coton. S'il en était ainsi, cette dernière substance serait préférable, parce que le typha ne pouvant être cardé, on ne peut le manier aussi facilement que le coton, et le typha n'est pas d'ailleurs, comme le coton, sous la main de tout le monde. On voit, à la lecture de cet article, que l'incertitude sur la meilleure manière de traiter les brûlures et sur les modifications qu'elles réclament dans le traitement suivant leur étendue et leur profondeur, n'a pas cessé. Il serait bien à désirer que des expériences comparatives fixassent enfin l'opinion sur la valeur relative de ces divers traitemens.

M. Breschet a reproduit son article *Cal* de la première édition, en ajoutant seulement à la fin quelques détails sur le cal vicieux et les esquilles secondaires, d'après les leçons orales de M. Dupuytren.

C'est à M. le professeur Bérard que l'on doit l'une des parties les plus intéressantes du sixième volume ; je veux parler de l'anatomie pathologique du *Cancer*. L'idée fondamentale de ce travail, est que : *tout cancer est constitué par le développement et l'évolution de deux tissus sans analogue dans l'économie, savoir, le tissu squirrheux et le tissu encéphaloïde.* Cette définition restreint le sens attaché au mot cancer par beaucoup d'auteurs, mais elle a aussi l'avantage de faire cesser le vague de cette expression. D'ailleurs, en suivant M. Bérard dans le développement de son idée, on voit qu'à l'exception de certains ulcères chancreux et de la matière colloïde sur la nature de laquelle il règne encore beaucoup d'obscurités, toutes les autres tumeurs décrites sous le nom de cancer peuvent se rattacher, soit au squirrhe, soit à l'encéphaloïde. Donnant d'abord la descrip-

tion du tissu encéphaloïde et celle du squirrhe, il résume les caractères distinctifs et les analogies de ces deux productions morbides, et prouve qu'une observation peu attentive a pu seule les confondre. Il indique ensuite les formes principales sous lesquelles se montrent les affections cancéreuses. Enfin il examine s'il est vrai que quelques autres tissus accidentels partagent avec l'encéphaloïde et le squirrhe la funeste prérogative de donner naissance à des ulcères à marche sans cesse envahissante. La mélanose n'est pour lui qu'un accident du cancer. Soumettant à une investigation sévère les diverses tumeurs cancéreuses décrites sous des noms différens par les Anglais, il prouve que la plupart peuvent être rattachées, soit au squirrhe, soit à l'encéphaloïde. Ce travail sera lu avec fruit; nous ne doutons pas qu'il ne contribue beaucoup à dissiper l'obscurité dont est enveloppé le mot de cancer. — M. Littré s'est chargé de traiter le cancer sous le rapport de la pathologie et de la thérapeutique. Quoique dans l'état actuel de nos connaissances ce fût une tâche ingrate, M. Littré a su tirer bon parti de la part que lui avait laissée M. Bérard. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de blâmer cette singulière division du travail. Certes, les deux parties de l'article sont fort remarquables, mais on s'aperçoit facilement à sa lecture qu'il n'y a pas unité complète de vues et de principes entre les auteurs; l'article eût gagné à être fait tout entier par l'un des deux collaborateurs.

M. Bérard a encore décrit les *maladies de la carotide* et la *ligature de cette artère*. L'auteur a pris à tâche d'analyser presque toutes les observations authentiques de ligature de la carotide : ce n'est pas ici un vain étalage d'érudition ; cet exposé sera certainement fort utile à ceux qui voudront approfondir cette intéressante question. Nous avons remarqué le conseil que donne M. Bérard, de lier l'extrêmité supérieure de la carotide et l'une ou l'autre des deux branches qui en naissent, dans les cas où l'on a recommandé de passer un fil autour de chacune de ces deux branches. Certainement, l'opération sera plus facile et remplira le même but, étant pratiquée comme le veut M. Bérard. Il expose avec détail les effets physiologiques si singuliers que détermine l'interruption brusque du cours du sang dans la carotide primitive, et il a soin de citer les faits à l'appui. Il est à remarquer que, malgré les nombreuses expériences tentées à ce sujet, cette question est encore loin d'être parfaitement éclaircie. Cela tient, d'une part, à ce que les expérimentateurs ont lié, tantôt une seule des carotides, tantôt les deux artères à-la-fois, et n'ont pas assez tenu compte de la disposition des vertébrales dans les animaux soumis aux expériences. M. Bérard hasarde une explication de l'hémiplégie qui a été plusieurs fois observée à la suite de cette opération : il croit en trouver la cause dans la dilatation des rameaux de la cérébrale postérieure, dans les cas où les communicantes sont peu développées. De nouvelles et nombreuses expériences pourront seules donner une

explication positive des divers phénomènes déterminés par la ligature de la carotide. Le travail de M. Bérard est, après l'article *Cancer*, l'un des plus intéressans que renferme le sixième volume.

MM. Cloquet et Bérard jeune ont fait en commun l'article *Carie*. Le dernier s'est chargé d'exposer les caractères anatomiques de la maladie. M. Cloquet a traité des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement. Cet article est un exposé assez complet de l'état de la science à l'égard de la carie que MM. Bérard et Cloquet regardent comme une maladie toute spéciale, ne pouvant être ni confondue avec la nécrose, ni avec l'ostéite, ni comparée à l'ulcère des parties molles. Ils ne veulent pas que l'on confonde avec la carie le tubercule des os. Dès-lors, il devenait intéressant de donner les moyens de distinguer sur le vivant ces deux maladies; mais il est dit seulement que, dans la plupart des cas, il est facile d'établir le diagnostic de la carie.

C'est encore aux mêmes auteurs que nous devons l'article *Cataracte*. Ils ont donné à cette importante question tous les développemens qu'elle réclamait, et mis à profit les travaux nombreux qui ont été publiés à ce sujet depuis la publication de la première édition de ce Dictionnaire. Il est cependant un point important sur lequel nous aurions désiré plus de détails, c'est le diagnostic des diverses espèces de cataractes. C'est, en effet, sur ce diagnostic qu'est en partie basé le choix du traitement. MM. Cloquet et Bérard se contentent de rappeler que Beer s'est occupé de cette question. Guthrie en a fait aussi l'objet d'une étude particulière, et ce travail méritait, ce nous semble, une attention toute spéciale. Du reste, les articles *carie* et *cataracte* ne sont point au-dessous de la brillante réputation de M. Cloquet et il a été bien secondé par son jeune collaborateur (1).

Il est encore plusieurs articles de chirurgie qui mériteraient une attention spéciale, entre autres l'article *Bubon*, par M. Lagneau; travail qui est marqué au coin d'une grande expérience et d'un jugement éclairé; mais nous sommes limités par l'espace qui nous est accordé, et nous passons à l'examen des autres parties de ce volume.

La médecine compte moins d'articles importans que la chirurgie. M. Reynaud, dont on regrette de ne pas trouver plus souvent la coopération à ce Dictionnaire, a traité les maladies des *Bronches*. Il examine successivement les altérations des bronches, considérées sous le

---

(1) Nous recommandons aux lecteurs l'esquisse historique qui précède la *Bibliographie de la cataracte*. L'auteur, M. Dezeimeris, y rectifie plusieurs erreurs échappées à Sprengel; il s'est attaché à offrir les traits principaux de l'histoire de la cataracte, et a su répandre un vif intérêt sur ce résumé emprunté en grande partie à l'article *Chirurgie* du *Dict. historique de la médecine ancienne et moderne*.

rapport des obstacles qu'elles apportent au transport de l'air dans les poumons ; les altérations de la muqueuse bronchique et la dilatation de ces tuyaux. M. Reynaud s'est acquitté de sa tâche en homme versé dans l'anatomie pathologique, et connaissant bien la matière.

Les articles *Bronchite*, de MM. Chomel et Blache, *Catalepsie* de M. Calmeil, *Calenture* de M. Raige-Delorme, mériteraient, si l'espace nous le permettait, d'être examinés d'une manière approfondie ; nous sommes obligés de nous contenter de les signaler à l'attention des lecteurs. L'histoire du *Carreau* a été exposée par M. Guersent. Fort de sa vaste expérience et d'une critique sévère, cet écrivain judicieux a su répandre sur cette question un jour nouveau et réduire à leur juste valeur les opinions émises sur cette maladie. Le carreau n'est, pour M. Guersent, qu'un mésentérite tuberculeuse, et presque tous les symptômes assignés jusqu'à ce jour à cette maladie ne lui appartiennent réellement pas, mais dépendent de plusieurs affections du ventre avec lesquels on la confond souvent parce qu'elles l'accompagnent et marchent avec elle. Le carreau est une de ces altérations organiques qui appartiennent presque exclusivement au domaine de l'anatomie pathologique.

Le volume dont nous nous occupons contient plusieurs articles très-intéressans de matière médicale. M. Cazenave, dont nous avons déjà eu occasion de signaler les travaux sous ce rapport, a consacré à l'examen du *Calomélas* une vingtaine de pages, et cet article ne paraîtra pas trop long à ceux qui savent quelle importance a prise le calomélas en thérapeutique, et qui liront avec attention l'exposé que fait M. Cazenave des propriétés médicales de ce médicament. Après avoir présenté quelques considérations générales sur l'emploi du calomélas, il examine successivement les divers cas dans lesquels cette substance a été préconisée; il en tire cette conclusion, que le calomel est un des médicamens les plus précieux que possède la thérapeutique. Puis analysant son mode d'action, il établit, 1.° que le calomélas peut être considéré comme ayant une action antiphlogistique; 2.° une action purgative; 3.° une action spéciale. Nous ne doutons pas que la lecture attentive de ce travail ne détruise beaucoup de préjugés qui existent encore en France contre le calomélas. Il faut avouer en effet que, si les Anglais abusent de ce médicament, les Français se montrent généralement trop méticuleux dans son emploi.

MM. Richard et Soubeiran ont traité du *Camphre* sous le point de vue de l'histoire naturelle et de la pharmacologie. — M. Guersent en a exposé les effets thérapeutiques : après avoir examiné l'action immédiate du camphre sur l'économie, il énumère les diverses maladies dans lesquelles cette substance a été administrée, et en apprécie les avantages. Malgré les éloges donnés à ce médicament pris à l'intérieur, l'expérience personnelle de M. Guersent ne paraît pas avoir con-

duit ce praticien à partager cette opinion avantageuse, et c'est surtout à l'extérieur qu'il conseille son emploi. — M. Blache a complété l'histoire du camphre par un bon exposé de ses effets toxiques.

Les *Cantharides* ont été employées depuis un temps immémorial, non-seulement à l'extérieur, mais encore à l'intérieur, et cependant, malgré l'enthousiasme que ce médicament a inspiré à plusieurs praticiens, on ne sait pas encore, d'une manière positive, quels en sont réellement les effets thérapeutiques. M. Cazenave, qui s'est chargé de tracer l'histoire de ce médicament, serait porté à penser que cet agent peut devenir fort utile, quoique son administration à l'intérieur ait été presque entièrement abandonnée, mais que l'on ne peut rien conclure de précis des faits qui constituent son histoire thérapeutique, et qu'il analyse successivement.

Les articles d'histoire naturelle médicale écrits par M. le professeur Richard, ne laissent rien à désirer. M. Soubeiran donne sur la pharmacologie des détails pratiques qui seront fort utiles, et qui, pour la plupart, avaient été négligés dans la première édition. Est-il besoin d'ajouter que la précieuse coopération de M. Orfila pour les articles de chimie, rehausse le mérite du livre dont nous nous occupons.

Ce que nous avons dit du travail de M. Raige-Delorme sur les eaux minérales, dans notre précédent article, nous aurions à le répéter si nous pouvions suivre cet auteur dans l'examen qu'il fait de ceux de ces agens thérapeutiques compris dans le sixième volume. C'est encore une des parties de ce Dictionnaire où les avantages de la seconde édition sur la première seront appréciés de tout le monde.

En résumé, le volume que nous venons d'examiner soutient la brillante faveur avec laquelle cet ouvrage a été accueilli dans le monde médical, et si nous avons été obligés de négliger un grand nombre d'articles intéressans, nous en avons dit assez pour justifier cette opinion. Dans un très-prochain article nous examinerons le septième volume.

MOINOD.

Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur A. F. CHOMEL; *recueillies et publiées sous ses yeux par* J. L. GENEST; *D. M. P., ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris.* (Fièvre typhoïde). *Paris*, 1834, *in-8.°*, 548 *p.* *Chez Germer-Baillière.*

Quand M. Broussais, s'attaquant à la question des fièvres essentielles de Pinel, eut posé en principe que ces maladies étaient toutes des gastro-entérites, qui ne différaient entr'elles que par la forme qu'elles affectaient, un grand nombre de médecins donna son assentiment à une théorie qui semblait tout d'abord être une déduction rigoureuse des faits : quelques-uns cependant, tout en reconnaissant

la vérité de plusieurs des idées de la doctrine nouvelle, n'admirent point le principe dans toute sa généralité. Parmi ces derniers, M. Chomel s'est fait remarquer par son opposition : son esprit judicieux et sévère devait, en effet, l'empêcher d'adhérer à une opinion contre laquelle s'élevaient tant de faits méconnus ou mal appréciés alors. L'ouvrage dans lequel cet auteur a exprimé son opposition est son *Traité des fièvres*. Le livre dont nous avons à rendre compte aujourd'hui a pour but l'étude des mêmes affections. Et si aujourd'hui M. Chomel s'éloigne moins qu'autrefois de la pensée de M. Broussais, sous certains rapports il est loin, comme nous allons le voir, de s'accorder avec le médecin physiologiste sur les points capitaux dans cette question.

Le plan de cet ouvrage est simple; il est le même que celui adopté par M. Louis, dans ses recherches sur la même maladie. — L'auteur commence par tracer une histoire générale de la fièvre typhoïde. Il était difficile de comprendre dans une description générale une réunion de symptômes aussi multiples que le sont ceux qui se manifestent dans cette affection; il était surtout difficile de montrer comment tous ces phénomènes si variés s'enchaînent les uns aux autres dans les différentes périodes de la maladie, se groupent, se séparent, et continuent cependant de constituer un ensemble de phénomènes identiques en nature. Pour que ce tableau ne fût point tronqué, il fallait avoir vu un grand nombre de faits, et qui en a vu plus que M. Chomel? — Delà l'auteur passe à l'exposition des lésions anatomiques que l'on rencontre chez les individus qui succombent aux fièvres graves. Déjà de nombreux travaux ont été faits sur ce point par les hommes les plus habitués aux recherches cadavériques. M. Chomel, venant après eux, n'a guère pu que confirmer les résultats auxquels ils étaient parvenus. Dans les quarante-deux observations avec autopsie qu'il rapporte, il trouve les glandes de Peyer ou de Brunner constamment altérées, cette lésion est plus ou moins profonde, suivant la période à laquelle les sujets ont succombé, mais elle ne manque jamais. Aussi bien cette lésion est-elle pour lui le caractère anatomique de la maladie. On sait que MM. Louis, Andral, Gendrin et d'autres observateurs sans doute, ont rencontré des cas où l'ensemble de tous les symptômes de la fièvre typhoïde ayant existé pendant la vie, on trouva cependant les glandes de Peyer et de Brunner à l'état le plus parfait d'intégrité. Pour M. Louis, l'absence de l'ulcération des follicules suffit pour lui faire déclarer qu'il n'y avait point là véritablement fièvre typhoïde. M. Chomel ne pense point ainsi : si nous ne nous trompons, la cause de cette différence d'opinion vient de la manière dont l'un et l'autre comprennent la nature de la maladie. — Le premier de ces observateurs voit dans l'altération même légère des plaques et des follicules isolés, dans celle des ganglions mésentériques correspondans, dans la lésion

fréquente de la muqueuse intermédiaire aux plaques, enfin dans l'irritation incessamment exercée sur les tissus malades par des matières de toutes sortes en contact avec eux ; M. Louis, disons-nous, voit là partout une raison suffisante du mouvement fébrile observé pendant la vie ; il tend donc, je ne sache pas qu'il ait exprimé à cet égard sa pensée d'une manière plus formelle, à placer la cause de la fièvre dans la lésion des follicules intestinaux. Partant de ce principe, là où la cause, le point de départ primitif de la maladie manque, il ne peut admettre que la maladie ait existé. M. Chomel, au contraire, considérant, d'une part, qu'il n'est point du tout rare de rencontrer des cas où il y ait désharmonie complète entre l'intensité des symptômes observés pendant la vie, et la gravité des lésions constatées après la mort ; observant, d'autre part, qu'on ne peut conserver de doute sur l'authenticité des cas dont nous avons parlé plus haut, et où la lésion anatomique qui fonde le caractère presque constant de la maladie a manqué, parce que ces cas ont été rapportés par les hommes les plus habiles dans les recherches cadavériques ; M. Chomel, disons-nous, interprétant ces deux principales données autrement que M. Louis, arrive à poser que l'altération isolée ou simultanée des follicules intestinaux ou des plaques de Peyer, bien que beaucoup plus constante que les autres altérations organiques qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, n'en est pas moins, aussi bien que ces dernières, une lésion secondaire et dépendante, comme elle, du mouvement fébrile plus ou moins intense qui a existé pendant la vie. Dans la pensée de ce professeur, la fièvre préexiste donc aux lésions nombreuses qu'elle entraîne. Mais à son tour quelle est donc la cause ? Ici l'auteur déclare que dans l'état actuel de la science, cette question est à-peu-près insoluble : si cependant il lui était permis de conclure par voie indirecte, quand il s'agit de choses où les sens seuls lui semblent compétens à juger, il inclinerait à placer dans les liquides, plutôt que dans le système nerveux, le point de départ de la maladie. Mais si cette altération des liquides existe, comme il paraît assez probable, il nous semble qu'en faisant dépendre toutes les lésions d'organes de la simple accélération du cours du sang, on oublie que les modifications de composition de ce liquide doivent avoir au moins autant de part dans les altérations de ces organes, que la rapidité plus ou moins grande avec laquelle il traverse leur tissu. Quoi qu'il en soit, la discussion à laquelle M. Chomel s'est livré pour établir la nature de la maladie sera lue avec un grand intérêt, et ne contribuera pas peu à avancer la question.

A propos des causes des fièvres graves, l'auteur aborde une question fort délicate, et qui long-temps encore sans doute sera controversée, c'est la contagion. Bien qu'ici encore l'auteur se tienne dans une réserve qui est un des traits essentiels de son esprit, et qu'il ne résolve point la question, il nous semble cependant, si nous avons

bien suivi la filiation de ses idées, qu'il est plus près d'admettre la contagion que de la nier. — Vient à la suite de l'étiologie un très-long chapitre, exclusivement consacré au diagnostic de la maladie, et dans lequel l'auteur établit que l'affection typhoïde, toujours identique en nature, est susceptible de revêtir, symptomatologiquement parlant, six formes principales qu'il désigne par les épithètes d'inflammatoire, bilieuse, muqueuse, ataxique, lente nerveuse et adynamique. Ce sont les différentes fièvres continues admises par Pinel. Ces formes sont loin de s'isoler toujours; dans la pratique le plus souvent elles alternent, se remplacent l'une l'autre, ou se confondent. Nous reconnaissons volontiers que cette manière de grouper artificiellement un certain ensemble de symptômes, pour fixer autant qu'il est en nous la physionomie d'une affection si changeante dans sa manifestation, peut en faciliter l'étude; mais nous ne savons pas si ces distinctions se trouvent toujours dans les faits. Ainsi nous avons lu tel cas où la maladie est rapportée comme affectant la forme lente nerveuse et où cette forme n'est pas plus nettement dessinée que dans plusieurs autres cas où la fièvre est distinguée par un nom différent. Du reste, on ne citerait peut-être pas de classification à laquelle ce reproche ne pût être adressé; nous n'insisterons pas davantage sur ce point. L'auteur termine son ouvrage par un examen des différentes méthodes de traitement employées pour combattre l'affection typhoïde. Trouvant que les diverses méthodes que l'on pourrait appeler systématiques comptent à-peu-près un égal nombre de revers et de succès, il leur préfère un traitement rationnel et qui varie suivant les formes symptômatiques qu'affecte la maladie. Nous ne dirons qu'un mot de l'emploi des chlorures que M. Chomel, comme tout le monde sait, expérimente depuis plusieurs années; il résulte de son expérience, à cet égard, que ces agents peuvent au moins être employés sans danger; mais il n'a point par devers lui une masse de faits assez considérable pour se prononcer sur leur valeur thérapeutique: aussi s'abstient-il de conclure, tout en promettant de continuer ses recherches.

Il résulte de cette analyse, trop courte sans doute pour un ouvrage aussi substantiel, que le livre de M. Chomel est une publication à laquelle tout le monde doit applaudir; il concourra, sans doute, avec les travaux des médecins de la même école, à fixer quelque jour la science sur un point depuis si long temps controversé. La rédaction des leçons de clinique médicale appartient, en partie au moins, à M. Genest; le style en est précis, clair, et en harmonie avec la sévérité des idées qu'il a reproduites. Exprimer aussi nettement la pensée d'un autre, c'est se montrer capable de produire à son tour. Nous rendrons compte du second volume qui doit paraître prochainement.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1834.

Recherches sur les ruptures du cœur; par J. E. Dezeimeris.

La rupture du cœur est, sans contredit, un des accidens les plus redoutables dont l'homme puisse être frappé; c'est celui qui inspire le plus d'effroi par la rapidité avec laquelle il anéantit, dans certains cas, une vie à laquelle toutes les apparences de la santé faisaient promettre un long avenir. Soit que l'on considère cette rupture comme la terminaison naturelle de diverses maladies dont il n'est pas toujours donné aux médecins d'arrêter la marche fatale, soit qu'on l'envisage comme l'inévitable et dernier terme de certaines lésions dont la nature est inconnue et contre lesquelles il n'y a pas encore de médecine, soit qu'elle se présente enfin comme indépendante de toute autre lésion, comme une maladie distincte, spéciale, qui commence et finit, pour ainsi dire, en même temps, à tous ces titres cette rupture mérite de fixer, plus qu'elle n'a fait jusqu'ici, toute l'attention du médecin. Ce n'est pas assez que quelques observateurs, à qui le hasard ou une position favorable dans des hôpitaux spéciaux avaient présenté un certain nombre d'exemples de cet accident, aient fait part au public des remarques particulières qu'ils avaient pu faire dans ces cas; comme ces remarques ne sont point identi-

ques, comme elles semblent même contradictoires sur quelques points, il convient de les rapprocher, de les mettre en présence, de faire passer sur chacun d'elles la critique de toutes les autres, et de déduire, dans une vue large et complète du sujet, quelques résultats généraux, dans lesquels se formulent toutes les notions acquises sur les ruptures du cœur. Quelques idées ont été émises, il y a peu d'années, sur ce sujet, et ont fait depuis la règle de l'opinion. Si l'on prend la peine de rassembler les faits épars de rupture de cœur qui ont été publiés, et dont la multitude étonne, habitué qu'on est à entendre répéter qu'il n'en existe qu'un petit nombre d'exemples dans les archives de la science, si l'on embrasse ces faits d'un même coup d'œil, ils semblent, au premier aspect, accuser d'erreur les opinions les plus généralement admises; en les considérant de plus près ils prouvent, au contraire, que ces opinions sont vraies, mais d'une vérité relative, en tant que chacune d'elles s'applique à un ordre de faits particuliers et distincts. A celui qui nie les ruptures du cœur par violence extérieure, mais sans atteinte directe portée à cet organe, nous citerons des faits qui ne laissent pas de place au doute sur leur possibilité; à ceux qui refusent d'admettre la rupture spontanée non précédée d'une altération du tissu du cœur, nous signalerons des cas dans lesquels ce tissu présente, à l'endroit de la rupture, tous les caractères de l'état sain, et où l'état antérieur des sujets n'inspire pas l'ombre d'un soupçon contre cette intégrité. Que si ces cas pouvaient faire oublier l'importance des altérations du tissu du cœur dans beaucoup d'autres, nous montrerions, par le rapprochement de beaucoup de faits dans lesquels ces altérations se présentent à tous les degrés, la rupture comme une suite inévitable, comme un dernier degré de ces altérations; à qui voudrait les trouver toutes identiques, les ramener à une forme unique, au ramollissement *apoplectiforme*, ou au ramollissement gélatiniforme, ou à l'ulcération perfo-

rante, etc., nous montrerions ces altérations, chacune avec des caractères propres, et conservant ces caractères à travers la diversité des descriptions données par une foule d'auteurs, dont chacun, n'ayant vu que le fait qu'il décrit, n'a nulle opinion arrêtée sur ce que doit être la maladie dans tous les autres. Aux suppositions qui présentent comme plus communes, en général, les ruptures des cavités droites, nous opposerions les calculs qui font prévaloir celles de la moitié gauche; mais à l'assertion contraire, présentée d'une manière trop absolue, nous prouverions par les faits que cette loi est subordonnée à la considération de l'espèce des ruptures, car si elle est vraie en général, elle ne l'est pas par rapport aux ruptures par violence extérieure. Aux inductions, qui font placer le siége nécessaire des ruptures dans le point le plus faible de la paroi qui se déchire, nous répondrions par des exemples de rupture dans le lieu le plus fort, à l'admission exclusive des ruptures de la pointe, par des ruptures de la base, etc. Cette série de vues, vraies ou fausses alternativement, selon l'aspect sous lequel on les considère, et dont chacune tend à prévaloir, indique assez dans quel esprit doivent être rapprochés les faits qui trouveront place dans cet article. Nous ferons en sorte qu'ils répondent à toutes les difficultés, en même temps qu'ils fourniront les élémens d'une doctrine moins exclusive que celles que nous avons mentionnées.

Nous aimons la concision, mais nous ne savons pas le moyen d'être bref quand il y a tant à combattre, et quand il faut, à chaque instant, répondre à une idée par beaucoup de faits. Que serait-ce d'ailleurs qu'une série d'assertions, des nôtres surtout, substituées à des assertions différentes ou opposées?

Qu'on ne s'étonne point s'il règne encore de l'obscurité sur bien des points des questions qui vont être soulevées; l'étude de ce sujet peut être considérée comme encore nou-

velle. Si les anciens eurent quelques connaissances sur les ruptures du cœur, ils ne nous les ont point transmises. Harvey est le premier qui en ait fait connaître un exemple. Le siècle qui suivit l'époque du grand physiologiste anglais n'en procura qu'un petit nombre. La première moitié du 18e siécle fut plus féconde, et la deuxième vit un certain nombre d'auteurs recueillir les faits publiés, et fixer la science à un point qu'elle n'a guère dépassé depuis. Néanmoins on n'a point cessé d'avoir l'attention éveillée sur ce sujet au milieu des recherches d'anatomie pathologique qui ont rempli les années écoulées du siècle dans lequel nous vivons. Les observations se sont multipliées, et leur nombre suffit à l'étude de toutes les variétés que les ruptures du cœur peuvent présenter.

Si nous recherchions les cas qui offrent quelque singularité, nous pourrions rapporter celui de Bénédictine-Henriette-Philippe, comtesse palatine du Rhin, veuve de J. Frédéric de Brunswick, duc d'Hanovre, morte subitement, à l'âge de 78 ans, le 12 août 1730, à midi, sur sa chaise percée; le cas d'un individu, dont M. Chauffard a publié l'histoire, qui succomba à une déchirure subite du cœur en rendant une selle; celui de Georges II, roi d'Angleterre, mort, comme la duchesse de Brunswick, d'une rupture du *ventricule droit*, et en remplissant les mêmes fonctions; celui d'un homme d'une condition bien différente du précédent, d'un soldat qui, après avoir passé la nuit au bal, mourut d'un accident tout pareil en exerçant le coït; d'un autre qui périt de même subitement, écrasé en quelque sorte *sous* les caresses de sa femme, qui avait un prodigieux embonpoint; d'un homme distingué, et *habitûs formosioris* et *athletici*, qui mourut tout-à-coup *à côté* de sa femme, etc. Mais ce que nous recherchons dans les faits ce n'est pas la singularité, mais bien plutôt les conditions qui les rendent propres à éclairer les points obscurs du sujet que nous avons à traiter. C'est cet objet qui fixera tou-

jours notre choix dans la multitude de ceux que nous avons actuellement rassemblés sous la main. Tous ces cas, rapprochés les uns des autres selon leurs affinités par rapport aux causes de la rupture, se distribuent naturellement en sept classes que nous allons étudier successivement dans l'ordre suivant : 1° ruptures du cœur par des violences extérieures ; 2° ruptures spontanées sans lésion antérieure du tissu du cœur; 3° ruptures des parois de quelque cavité du cœur préalablement dilatée; 4° ruptures avec lésion *probable*, mais non suffisamment décrite, ni positivement indiquée du tissu du cœur; 5° ruptures par ramollissement; 6° ruptures par abcès du cœur; 7° ruptures par ulcération, ou perforation du cœur.

§ I.er *Ruptures du cœur par des violences extérieures.* — Quoique divers auteurs aient exprimé des doutes sur la possibilité de ces ruptures, hors les cas où cet accident était en quelque sorte préparé par un affaiblissement de l'organe central de la circulation, on en possède certainement un nombre assez considérable d'exemples bien constatés. Nous en citerons plusieurs dans quelques-uns desquels il n'est fait nulle mention d'une altération quelconque du tissu cardiaque, tandis que dans d'autres on mentionne d'une manière positive l'état d'intégrité de ce tissu.

Boirel rapporte (*Zodiac. med. gall.*, ann. ij, p. 156; Bonet, *Sepulchretum*, etc., t. III, p. 375), le cas de de M. de Serreuil, qui succomba trois ou quatre heures après avoir reçu un coup de feu dans la poitrine. La paroi du thorax avait été traversée, mais la balle s'était arrêtée au-devant du péricarde, qui était exempt de toute lésion; néanmoins le ventricule droit du cœur était déchiré à sa partie inférieure, et le péricarde était rempli de sang.

Nebel rapporte le cas d'un homme qui, étant tombé de dessus son cheval, se trouva engagé dans les rênes. Il fut traîné par ce fougueux animal à une assez grande distance. On ne trouva à l'extérieur de la poitrine aucune contusion;

les côtes n'étaient pas fracturées. Le péricarde était rempli de sang. Il y avait une rupture de la veine cave, près de son insertion au cœur, et une autre de l'oreillette droite. (Miscell., *Acad. nat. curios.*, *dec.* III, *ann.* 3, *obs.* 82).

Christ. Vater trouva une rupture du ventricule droit, à la pointe et près de la cloison du cœur, chez une femme qui avait été violemment renversée par une voiture. Il y avait une fracture de la clavicule et de plusieurs côtes, mais sans inflexion de ces os en dedans, et le péricarde, distendu par du sang, était parfaitement intact. (Miscell., *Acad. nat. curios.*, *ann.* 9 *et* 10, *obs.* 164).

C. G. Ludwig a publié une observation analogue : Un jeune homme robuste, âgé de 21 ans, voulant retenir un cheval qui s'échappait, reçut un violent coup de pied dans la poitrine; il fut renversé à plusieurs pieds en arrière. Il se releva cependant, enfonça son chapeau sur sa tête, fit plusieurs pas vers l'écurie, et tomba mort. Les tégumens ne portaient aucune trace du coup qu'il avait reçu. Le sternum était fracturé transversalement à quatre pouces et demi au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le fragment inférieur était déprimé. Il n'y avait dans le médiastin qu'une légère ecchymose, et nul épanchement dans la poitrine. Le péricarde était rempli de sérum jaunâtre et de sang coagulé. On trouva, à la partie antérieure de l'oreillette droite, une rupture d'un demi-pouce d'étendue. Il y avait en outre une rupture incomplète du pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté, et enfin une troisième fissure sur la cloison qui ferme le trou de Botal. Toutes ces lésions sont décrites avec soin et représentées par une bonne figure. (Ludwig. *Adversaria medico-practica*, t. I.er, p. 134. La même observation avait déjà été publiée dans l'excellente dissertation de Dieteric Mümmsen : *de corde rupto*. Leipzig, 1764; in-4.°)

Un homme reçut un coup de pied de cheval dans la poitrine, et tomba mort sur la place. On trouva le sternum

fracturé, le péricarde rempli de sang, le cœur enveloppé d'une couche de sang coagulé, avec une rupture de deux lignes au ventricule droit. (Graefe's *und* Walther's *Journal der Chirurgie*, t. V, p. 669).

Dans ces divers cas le cœur paraît s'être déchiré à la manière d'un sac rempli ou d'un corps quelconque distendu par la matière peu ou point élastique qu'il renferme, qui vient frapper l'agent extérieur qui le choque, au moment même où celui-ci l'atteint. Si c'est là le véritable mécanisme de cette rupture, on comprend que c'est dans la partie la plus faible des parois de l'organe qu'elle doit s'opérer, et l'on s'explique pourquoi tous les exemples que nous en avons vus se rapportent à des ruptures des cavités droites du cœur. C'est par un mécanisme qui ne diffère pas essentiellement de celui-là, que dût s'opérer la rupture du cœur dans les deux cas que je vais rapporter sommairement.

On trouve dans le *Recueil des Actes de la Société de santé de Lyon* (1798, p. 200), l'observation publiée par Fine, chirurgien en chef de l'Hôpital-général de Genève, d'une rupture du ventricule droit du cœur, produite par un coup de feu non pénétrant à la région xyphoïdienne. L'intégrité parfaite du péricarde ne permet pas de douter que la rupture n'ait été le résultat de la percussion médiate qu'avait éprouvée le cœur, dont la substance, autour de la déchirure, n'était d'ailleurs nullement altérée.

Hufeland a publié dans son Journal (*Journal der Practischen Heilkunde*, tom. XIV, N.° 2, p. 200), un cas encore plus singulier, car la peau n'était pas même entamée chez le sujet qui avait ainsi succombé. C'était un homme qui, dans l'intention de se donner la mort, se tira dans la poitrine un coup de pistolet chargé de deux balles : il existait une contusion vers le milieu du sternum. Les deux balles s'étaient aplaties. Le sternum était fracturé, mais sans enfoncement. Le péricarde était rempli de sang, et le cœur déchiré.

qu'il existe à son col ou au bassin un obstacle assez puissant pour s'opposer à la sortie du fœtus.

Chaussier fit à la même époque, sur des animaux vivans, des expériences dont les résultats donnent un haut degré de probabilité à l'explication qui précède du mécanisme de cette rupture. Il vit les cavités du cœur se dilater, se rompre presque dans l'instant, lorsqu'il arrêtait la circulation dans les gros troncs artériels. Si, sur un animal vivant, on serre par une ligature, ou, ce qui est encore plus simple et plus commode, avec une pince, le tronc de l'aorte, le ventricule et l'oreillette gauche se déchirent. Si on exerce cette pression sur l'artère pulmonaire, ce ventricule, l'oreillette droite se distendent, se dilatent considérablement, les contractions du cœur redoublent, chaque fibre frémit et palpite, mais il ne s'opère point de rupture.

Les résultats de ces expériences ne sont-ils pas propres à fournir des vues pour expliquer la rupture du cœur dans le cas suivant? Je le place ici, quoiqu'il appartienne d'ailleurs à une autre série de faits que nous n'avons pas encore abordés.

En janvier 1771, un homme, enfermé à la maison de force de Dijon, périt subitement dans une violente dispute qu'il eut avec un de ses camarades. Son cadavre servit aux démonstrations publiques d'anatomie. Les parois du ventricule gauche du cœur étaient amincies, étendues, et il y avait à sa pointe une rupture oblongue, longue d'environ un pouce. On trouva, près de la crosse de l'aorte, une tumeur de la grosseur du poing, d'une consistance presque cartilagineuse, qui enveloppait le tronc de l'artère un peu au-dessous de la naissance des sous-clavières et carotides. Cette tumeur avait tellement rétréci le diamètre de l'aorte, qu'à peine pouvait-on y passer l'extrémité du petit doigt.

Je reviens aux ruptures par cause externe, pour mentionner le troisième fait indiqué plus haut de rupture d'une cavité gauche du cœur.

M. Bérard, dans sa Dissertation inaugurale (*Paris*, 1827, N°.......), rapporte qu'un maçon tomba du haut d'un échafaudage, et mourut quelques instans après. Outre une déchirure du foie et diverses autres lésions, on trouva une rupture de l'oreillette gauche du cœur. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer, puisque cette observation se trouve placée si près de celles de Chaussier, que l'explication donnée par M. Bérard, du mécanisme de la rupture, et qu'il ne hasardait qu'avec une certaine réserve, est précisément la même que celle qu'en avait donnée Chaussier, mais que celui-ci avait pris soin de donner à cette explication toute la consistance qu'on peut désirer, en faisant connaître le résultat d'expériences tentées sur des animaux, dans le but d'en éprouver la justesse, et qui ont été rappelées plus haut.

Nous trouverons dans les faits qui viennent d'être rapportés, des matériaux suffisans pour tracer plus tard l'histoire générale des ruptures du cœur par violence extérieure; nous pouvons passer à une autre catégorie de ruptures.

II. *Ruptures spontanées, sans lésion antérieure du tissu du cœur.* — Les ruptures survenues, sans cause extérieure, sans avoir été précédées d'aucun symptôme de maladie du cœur, et dans lesquelles le tissu de l'organe n'a présenté aucune apparence d'une lésion antérieure, se placent ici naturellement. Nous en rapporterons plusieurs exemples, car un grand nombre de médecins doutent encore de là possibilité de ces ruptures; nous indiquerons en outre les sources où l'on peut trouver beaucoup d'autres. Nous ne donnerons place ici qu'à des faits qui sont peu connus.

Un savant, âgé de 46 ans, menant une vie sédentaire, d'une constitution robuste, et n'éprouvant d'autre indisposition que des digestions laborieuses qui lui causaient, de temps à autre, des symptômes hypochondriaques, fut pris tout-à-coup, au mois de novembre 1773, vers midi, d'une douleur violente de l'épaule, du bras et de tout le côté

gauche du corps. Cette douleur diminua peu à-peu, et permit au malade de se mettre à table et de dîner. Vers la fin du repas, le retour de la douleur, qui reprit avec plus de violence, l'obligea à se mettre au lit. Le pouls était petit, faible et lent. Les mouvemens du bras n'augmentaient point la douleur. Guil. God. Ploucquet crut reconnaître à ces caractères une douleur purement spasmodique. Il prescrivit des lavemens répétés, des médicamens anti-spasmodiques, des laxatifs légers. La douleur persista, et le malade expira dans la nuit, environ quinze heures après l'invasion du mal. *Autopsie.* — L'extérieur du cadavre ne présentait rien de particulier. Les intestins grêles présentaient par place, et dans une grande étendue, les traces d'une inflammation légère. Le colon offrait, çà-et-là, quelques rétrécissemens. A cela près, tout était sain dans l'abdomen. A l'ouverture de la poitrine, on vit le péricarde fort distendu. Il s'en écoula, quand on l'ouvrit, plusieurs onces d'un sang noir et grumelé; le ventricule gauche était déchiré; les fibres qui avaient éprouvé la rupture, rapprochées les unes des autres, offraient l'aspect d'une plaie faite par une balle de mousquet. On pouvait facilement introduire l'extrémité de deux doigts, à travers la déchirure, jusque dans la cavité ventriculaire. Du reste, la substance du cœur, loin d'être ulcérée ou amincie, était, au contraire, très-forte. *Cæterum cor ipsum nequaquam adesum vel extenuatum, sed robustissimum erat.* Les poumons étaient mous, de couleur cendrée, et ne présentaient nulle trace d'inflammation, de congestion ni d'engouement. (Guil. God. Ploucquet. *Nov. act. Acad. nat. curios.* t. VI p. 212).

Voici une autre observation, fort analogue à la précédente, que je prends dans un opuscule étranger fort peu connu, et qui n'a guère franchi les limites du pays dans lequel il a été publié. (Agostino Olmi. *Memoria di una morte repentina cagionata dalla rottura del cuore.* Florence, 1803. In-4°. 23 pages).

Un homme de 60 ans, d'une constitution peu robuste, avait, depuis l'âge de 38 ans, des varices aux membres inférieurs, dont une avait donné naissance à un ulcère à la malléole interne de la jambe droite, qui ne guérit jamais et qui mit, peu-à-peu, le malade dans un état de faiblesse extrême, entraînant des syncopes assez fréquentes et l'œdème des extrémités. Après une visite faite à sa femme qui demeurait loin de chez lui, et près de laquelle il s'était livré aux plaisirs de l'amour d'une façon qui pouvait être considérée comme un excès en raison de sa faiblesse, un jour, après le repas, il fut saisi tout-à-coup d'une douleur violente le long du sternum. Le malade pâlit, tomba dans une angoisse extrême; une sueur froide se répandit sur son visage et sur ses membres supérieurs, tandis que les membres inférieurs restaient chauds. Le pouls était extrêmement petit, non-intermittent, mais inégal, beaucoup plus petit au poignet droit qu'au gauche. Ce malheureux conservait sa connaissance, et ne cessait de répéter qu'il allait mourir. L'endroit où la douleur qu'il accusait était le plus violente, était la partie inférieure de l'omoplate gauche. La respiration était facile, profonde, régulière; le malade pouvait rester couché sur l'un et sur l'autre côté; il n'éprouvait aucun engourdissement dans les bras, mais bien une sensibilité incommode sur le trajet du nerf radial et du cutané externe jusqu'au pouce et à l'extrémité de l'indicateur de la main gauche. Le traitement qui fut employé par Olmi et Visconti, n'amena aucun changement; et après une légère apparence de mieux qui ne dura qu'un instant, le malade mourut subitement le lendemain. Le cadavre fut ouvert 18 heures après la mort. On remarqua plusieurs ecchymoses à l'épigastre, au visage et au cou. Le cœur était très-volumineux; le péricarde rempli d'une grande quantité de sang noir et grumelé. Il existait à la partie postérieure du ventricule gauche du cœur une déchirure longue de deux travers de doigt, à un demi-pouce de

distance de la cloison, sans gonflement de ses bords et sans le moindre signe d'inflammation ni de suppuration. C'était à travers cette déchirure dans la substance même du cœur qu'avait passé le sang qui remplissait le péricarde. L'oreillette gauche était un peu contractée sur elle-même; la droite, ainsi que les orifices des veines et des artères et leurs valvules, étaient dans leur état naturel. Les viscères de l'abdomen ne présentaient aucune lésion.

A part le volume considérable du cœur dans ce cas, on ne voit pas qu'il y eût aucune lésion dans ce viscère, ou plutôt on reconnaît positivement, aux détails de l'observation qu'il a fallu supprimer, que l'hypertrophie de l'organe était la seule condition anormale que présentât son tissu. Mais l'hypertrophie n'est point précisément une altération, et elle n'a pas dû nous empêcher de placer ce fait dans la classe des ruptures spontanées du cœur sans lésion antérieure du tissu de cet organe.

Nous pourrions y placer au même titre les quatre observations publiées par M. Rostan en 1820. (*Nouveau Journal de médecine*, avril, pag. 265). Car dans tous ces cas les cœurs déchirés présentaient de l'hypertrophie sans autre altération; mais ces faits sont parfaitement connus de tout le monde, et n'ont pas besoin d'être répétés ici.

Le cas suivant est le plus décisif que je connaisse pour démontrer la possibilité des ruptures du cœur sans lésion antérieure du tissu de cet organe. Je regrette de ne pouvoir le donner que d'une manière très-sommaire, et j'engage le lecteur à en voir les détails, qui sont très-intéressans, dans le *Journal de Hufeland*, ou dans la *Bibliothèque médicale* qui en a donné un extrait étendu, mais insuffisant.

Un homme de 68 ans, en proie à de profonds chagrins, fut saisi, le 16 octobre, au milieu d'une longue promenade, d'une violente douleur qu'il prit pour des crampes d'estomac, et qui se dissipa d'elle même. Le lendemain 17, en faisant la même promenade, il est repris de la même

douleur qui se dissipe encore au bout de quelques heures. Le 19, après être sorti de l'église, M. K. (c'est le malade) étant occupé à écrire quelques lignes, éprouva tout-à-coup un frisson général avec contractions spasmodiques des extrémités, angoisses affreuses et douleurs intolérables dans la région de l'estomac. Face rouge, extrémités froides. Le pouls, observé seulement au déclin de l'accès, était naturel, et seulement contracté à plusieurs reprises, pendant deux à trois pulsations consécutives. Le 20 au matin, nouvel accès, présentant un symptôme nouveau, savoir : un sentiment d'engourdissement de tout le bras gauche, jusqu'à l'extrémité des doigts, mais qui se dissipa comme les précédens. Autre accès vers deux heures, dont le docteur Fischer fut témoin, et ce médecin déclare n'avoir jamais rien vu de plus horrible. Deux hommes robustes, dit-il, conduisaient ou traînaient le malade dans sa chambre. Le désespoir était peint sur tous ses traits, ses cris ressemblaient à des hurlemens, et il invoquait la mort. L'agitation et les angoisses étaient extrêmes. On parvint, à force d'instances, à faire coucher le malade, et on lui prodigua les calmans de toute espèce. Il éprouva à plusieurs reprises des élancemens dans les gros orteils et dans les épaules. Les extrémités reprirent leur chaleur naturelle, le pouls, de petit, spasmodique et intermittent qu'il était, devint plus libre et fut presque régulier après que la sueur fut survenue. Le calme était rétabli et le docteur Fischer quitta le malade en concevant l'espoir d'une amélioration plus prononcée. Mais le lendemain on lui annonça que M. de K. n'était plus, et on lui donna les détails suivans sur les circonstances dont sa mort avait été précédée.

Une heure après le départ de M. Fischer, les douleurs augmentèrent et les sueurs persistèrent. Tout-à-coup le malade se mit sur son séant ; son regard devint farouche, il saisit son gardien brusquement au cou, comme s'il voulait l'étrangler. « Soutenez ma tête avec votre bras », s'é-

cria le malade. Il reste dans cette position pendant plus d'une demi-heure, après quoi il se coucha sur le côté gauche, puis sur le côté droit, et expira sans le moindre mouvement convulsif.

Le péricarde était recouvert d'une couche de graisse. On le trouva, après avoir séparé celle-ci, très-distendu et paraissant contenir une substance de couleur bleu-foncé. Une incision en fait sortir environ 2 à 3 livres de sang très rouge, et après avoir fendu tout-à-fait le péricarde, on voit le cœur entouré d'une grande quantité de sang coagulé, et l'on découvre une rupture du ventricule gauche. Non loin de cette déchirure, à la pointe du cœur, existait une appendice d'environ deux lignes de diamètre, dont l'aspect la faisait juger formée de petits vaisseaux variqueux. Pour examiner le cœur avec plus de soin, on l'enleva de la poitrine avec les gros troncs vasculaires. Il était un peu pâle, entouré d'un peu de graisse à sa base, et, de même que tout le corps du sujet qui était sans roideur cadavérique, un peu plus mou que ne sont ordinairement les muscles complètement refroidis. La déchirure s'étendait verticalement de la pointe à la base du ventricule; ses bords étaient frangés, mais ils s'ajustaient parfaitement l'un à l'autre, et la séparation d'un demi-pouce qui existait entr'eux à leur partie moyenne était l'effet de la présence d'un caillot de sang. La longueur de cette rupture était d'un pouce et demi à la surface extérieure du cœur. On ouvrit le ventricule par la face opposée; et l'on trouva que la longueur de la rupture à la surface interne, n'était que d'un demi-pouce. L'appendice dont il a été parlé, enlevée avec le scalpel, ne montra qu'une membranule mince et bleuâtre, au-dessous de laquelle la substance du cœur était parfaitement saine.

Fischer examina ensuite avec l'attention la plus scrupuleuse le reste du cœur et des vaisseaux; il n'y avait aucun caillot de sang, et nulle part il ne découvrit absolument rien qui s'éloignât de l'état normal. Seulement l'aorte lui

parut un tant soit peu plus étroite que l'artère pulmonaire, mais dans toute son étendue et non dans un point circonscrit. Il examina ensuite avec le même soin tous les viscères de la poitrine et de l'abdomen, sans y trouver la moindre lésion.

C'était donc là, ajoute Fischer, la rupture d'un cœur non-seulement *sain* en apparence, mais reconnu tel après l'examen le plus attentif et la dissection la plus scrupuleuse. (Hufeland's *Journal der Practischen Heilkunde*, 181..., décembre, p. 3-17).

Ne craignons pas d'accumuler trop de faits sur un point qui ne cessera d'être contesté que quand on sera forcé de convenir qu'il existe un grand nombre de cas du même genre. En voici encore un exemple ; il est d'un homme qui ne met pas toujours dans ses descriptions anatomiques toute la précision qu'on pourrait désirer, mais auquel on ne peut refuser pourtant d'avoir eu des notions assez justes sur les ruptures du cœur, qui insiste d'ailleurs d'une manière particulière sur l'assertion que, dans le cas qui va être rapporté, il n'existait aucune altération du tissu de l'organe, et dont l'assertion a d'autant plus de valeur qu'il l'oppose à l'opinion de plusieurs auteurs dont l'autorité était grave à ses yeux.

La comtesse de Nevron, d'un embonpoint extrême, éprouvait depuis long-temps de la difficulté à respirer, lorsqu'elle se livrait à quelque exercice un peu fatiguant. Elle vint de Nancy à Paris sans s'arrêter. Le soir de son arrivée elle éprouva une forte dyspnée avec des coliques assez vives. Vers le milieu de la nuit, la dyspnée augmente, la malade appelle du secours, on accourt en toute hâte, elle expirait quand on arriva. Le corps de cette dame était tellement surchargé de graisse, qu'il était d'un volume énorme ; il y en avait sous la peau plus de quatre travers de doigt ; les muscles en étaient comme pénétrés. L'épiploon contenait une quantité de graisse si prodigieuse, qu'il occupait la plus grande partie de la cavité abdominale ; il y en avait

aussi une si grande quantité entre les lames du médiastin, qu'elles étaient considérablement écartées, ce qui rétrécissait la capacité de la poitrine, et comprimait les poumons. Le cœur, qui était couvert d'une couche de graisse de plus de deux travers de doigt d'épaisseur, baignait dans le sang, dont le péricarde était plein; ce sang s'était épanché dans le sac membraneux par une ouverture qu'on découvrit à la base du cœur, près de l'artère aorte; le rebord ligamenteux qui fixe cette artère avec le cœur en était détaché dans la partie antérieure de sa circonférence, au point qu'il en résultait un trou dans lequel on put facilement introduire le petit doigt; du reste, la substance du cœur était solide et compacte, comme elle l'est ordinairement. Les ventricules, même celui qui s'était déchiré, n'étaient pas plus grands que de coutume, et il n'y avait aucune marque d'érosion en aucun endroit de sa texture; les vaisseaux qui portent ou qui reçoivent le sang de ce viscère n'étaient point altérés, de sorte qu'on ne pouvait attribuer cet accident à aucun vice qui leur fût propre, ni à aucune affection contre-nature des fibres musculaires du cœur.

Malgré la grande quantité de sang épanché dans le péricarde, il y en avait encore beaucoup dans les vaisseaux, soit dans les artères, soit dans les veines.

L'auteur ajoute plus loin: « Le ventricule du cœur, dans lequel cette ouverture s'est faite, n'était pas plus dilaté qu'il ne l'est ordinairement, et ses parois n'étaient point ramollies, comme Senac et Morgagni l'ont trouvé dans les cœurs couverts de graisse, et qui s'étaient rompus. Ils ont attribué aussi quelquefois la rupture à un ulcère qui avait rongé, aminci ou même perforé le cœur; mais dans le cœur dont il s'agit, il n'y avait ni ramollissement, ni aucune trace d'ulcération; le cœur jouissait au contraire de toute sa force. » (Portal, *sur des morts subites occasionnées par la rupture du ventricule gauche du cœur*; Mém. de l'Acad. royale des Sciences, 1784; et *Mémoire sur la nature*

et le traitement de plusieurs maladies, tome II, 1804).

Le même auteur nous fournira encore une autre observation du même genre.

Une dame âgée de 65 ans, maigre, d'une sensibilité extrême, éprouvant depuis long-temps des palpitations de cœur, qu'on croyait spasmodiques, faisait un grand usage de bains tièdes; on lui conseilla de les prendre froids, et bientôt on lui dit d'y joindre de la glace, et même d'en mettre sur la tête, dans une grande vessie, ce qu'elle exécuta fidèlement. Un jour elle eut une syncope dans le bain; on l'en retira en toute hâte, on la plaça dans son lit, et l'on tenta tous les moyens propres à la ranimer. Tout fut inutile, elle était morte. — *Autopsie.* Le péricarde était tellement dilaté, qu'il comprimait le poumon gauche, qui était refoulé vers la partie supérieure de la poitrine; il était plein de sang, en partie liquide et en partie grumelé; on découvrit un caillot considérable qui adhérait à la partie postérieure et supérieure du cœur. Ce caillot ôté, on vit une ouverture d'environ huit lignes de longueur, laquelle aboutissait dans le ventricule gauche qui était plein de sang; l'ouverture de l'aorte était très-rétrécie; les valvules étaient aussi dures qu'un cartilage, renversées vers le cœur; deux colonnes charnues longitudinales avaient été déchirées; quelques-unes de leurs extrémités tendineuses étaient adhérentes aux bords de la crevasse; ces bords étaient frangés, inégaux, comme seraient ceux d'un morceau de drap qu'on aurait déchiré en le tiraillant. Il n'y avait aucune trace d'ulcération; les parois du cœur avaient aussi leur solidité à-peu-près naturelle; et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'auprès de cette ouverture contre-nature il y avait une fossette bouchée par une membrane très-mince, qui n'était point percée. L'oreillette gauche, les vaisseaux pulmonaires et le ventricule droit étaient très-dilatés, et les parois de celui-ci étaient extrêmement minces. (*Ibid.*)

C'est une chose remarquable que l'analogie qui existe, sous plusieurs rapports, entre ce cas et la quatrième observation du mémoire de M. Rostan, sur les ruptures du cœur; nous engageons le lecteur à les comparer.

§ III. Avant de passer aux ruptures du cœur déterminées par des altérations variées, mais toujours profondes, de sa texture, il convient de placer ici, comme une classe intermédiaire d'accidens de cette espèce, ceux qui ont lieu dans les parois de quelque cavité du cœur préalablement distendue et amincie, mais non autrement altérée.

Il semblerait assez naturel de croire, au premier coup d'œil, que, les dilatations des cavités cardiaques n'étant point rares, les déchirures de cette espèce ne doivent pas l'être; et l'on serait tenté de croire que cette rupture est le terme naturel et ordinaire des dilatations. Il n'en est pourtant pas ainsi. Les dilatations, même les plus considérables, arrivent rarement à un degré tel qu'il y ait impossibilité pour le tissu du cœur à fournir à une ampliation ultérieure, et nécessité de se déchirer, et, d'un autre côté, quand la rupture a lieu, c'est qu'elle est provoquée accidentellement par quelque circonstance sans laquelle l'état du cœur aurait pu permettre encore une assez longue vie. Ainsi, dans les cas qui vont être rapportés, la dilatation des cavités qui se sont ouvertes n'était pas très-considérable, mais on y voit néanmoins qu'elle a été la condition essentielle qui a donné lieu à l'accident.

Un médecin de 62 ans, hypochondriaque au plus haut degré, ayant le teint jaunâtre, fut pris, au commencement de l'année 1755, d'une douleur forte, remontant du ventre à la poitrine, et déterminant quelques mouvemens convulsifs et une respiration anxieuse. La saignée répétée procura de l'amendement. Mais le lendemain, les symptômes reprirent leur violence, et le malade périt en très-peu de temps. Rien d'anormal dans l'abdomen, à l'exception du foie qui était beaucoup plus volumineux qu'il ne doit être

et de l'intestin iléon qui présentait une couleur livide dans une certaine étendue. Le péricarde était rempli de sang qui s'y était épanché par trois perforations du ventricule gauche du cœur. Ce ventricule était dilaté au point que sa cavité avait trois fois l'ampleur qui lui est naturelle (Morgagni. *De sedibus et causis morborum per anat. indagat.* Epist. 64, art. 11).

Dilatation du cœur droit, hypertrophie du gauche, rupture du premier. — Un homme de 54 ans, qui avait joui d'une bonne santé, remarquait, depuis quelques années, la lenteur de son pouls, et éprouvait des vertiges et des serremens de cœur. Ces symptômes devinrent plus forts en juin 1822, mais se calmèrent jusqu'au mois de février 1823, qu'ils furent ramenés par un écart de régime et de vives affections de l'âme. Le pouls, qui battait d'abord 40 fois, avec intermittence à la 30e, tomba à 20 pulsations, avec intermittence après 5 battemens. (Sel ammoniac avec rhubarbe, tartre émétique, saignée et dérivatifs). Amélioration rapide. Au mois de mars, après un accès de colère, le malade devint triste, faible, puis fut pris de symptômes gastriques, passa les nuits sans sommeil, plus tard eut des vertiges, de l'anxiété, des étouffemens, et au moindre mouvement des palpitations du cœur. Les premiers médicamens déjà employés, et l'infusion de digitale avec acide hydrocyanique, de plus les dérivatifs, calmèrent encore une fois les accidens, et après qu'un gonflement œdémateux se fût développé aux pieds et au visage, le pouls reprit de la fréquence, la respiration fut plus facile, et le sommeil revint. Le malade prit du quinquina et du lichen. Une passion vive de l'âme vint de nouveau détruire ce mieux-être à la fin de mars. Faiblesse extrême; le malade était incapable d'exprimer les idées même les plus simples. Respiration très-pénible, expuition sanglante d'abord, puis de sang pur, et, au commencementt d'avril, accès de suffocation. Retour du calme après l'emploi d'une infusion

de sénéga, de serpentaire et d'arnica, d'un mélange de sel ammoniac et tartre stibié avec rhéum, de l'élixir acide de Haller, et l'application d'un vésicatoire; mais le malade, ayant eu l'imprudence de sortir, le 13 avril, par un vent âpre, fut repris des accidens, et mourut subitement le 14 avril. A une petite adhérence près, les poumons étaient sains, ainsi que les viscères abdominaux. Le cœur avait le double de son volume ordinaire ; les gros vaisseaux étaient très-dilatés, les veines coronaires variqueuses; beaucoup de sérosité sanguinolente épanchée dans le péricarde. Les cavités droites du cœur étaient très-dilatées, et leurs parois très-amincies; il y avait au ventricule de ce côté, une déchirure à bords brusquement coupés, dirigée en travers, de cinq lignes à la surface extérieure, et de deux lignes seulement en dedans de la cavité; on en fit sortir par la pression beaucoup de sang noirâtre. Concrétion polypiforme entre les valvules tricuspides. Cœur gauche épaissi dans tous les sens; colonnes charnues d'une force remarquable. (J. G. J. Martini, *medizinische Beobachtungen. Hufeland's Journal der pracktischen Heilkunde*, avril 1833; et *Kleinert allgemeines Repertorium*, etc., janvier 1834).

Terminons par l'indication d'un troisième fait de même espèce que les précédens ; il est particulièrement remarquable par le siége de la rupture à l'une des oreillettes, circonstance qu'on peut considérer comme rare, quoique M. Lobstein se soit évidemment trompé (*Anat. pathol.* T. II) quand il a dit qu'on n'en connaissait qu'un seul exemple.

Dans le mois de mars 1811, un domestique, occupé à préparer du chocolat pour sou maître, mourut subitement. On trouva l'oreillette droite du cœur extrêmement dilatée et déchirée. Cet homme ne s'était jamais plaint de palpitations, et son pouls n'avait offert aucune intermittence. (I, Schaeffer. *Die Zeit-und Volkskrankheiten, in Hufeland's Journal*, etc. 1811, août).

§. IV. *Ruptures spontanées avec lésion probable, mais non positivement indiquée du tissu du cœur, ou peut-être sans lésion.* — Avant de passer aux ruptures du cœur évidemment causées par des altérations profondes de sa texture, nous ne pourrions, sans manquer de réserve, ne pas marquer ici la place d'une classe intermédiaire de faits, incomplets sous quelques rapports, mais susceptibles d'être utilisés sous beaucoup d'autres, dans lesquels on ne saurait dire, à défaut de renseignemens suffisans, de recherches anatomiques assez scrupuleuses, s'il y a eu ou non avant l'accident qui a amené la mort, quelque lésion dans les parois du cœur qui a subi la rupture. Et malgré la facilité avec laquelle toute cette catégorie d'observations a disparu devant l'assertion tranchante de ceux qui n'admettent de rupture possible que celle qui avait été préparée par un travail morbide désorganisateur, on peut affirmer qu'il y a un nombre assez considérable de faits qu'il faut laisser dans cette catégorie, car on n'a nul motif suffisant de les placer dans celle qui va suivre, plutôt que dans celle qui précède. Nous ne prétendons point par cette assertion infirmer celle par laquelle on établit que la grande majorité des cas d'espèce indéterminée, doit rentrer parmi les ruptures précédées de lésion; cette dernière est évidente par elle-même, puisque les ruptures par altération de tissu étant de beaucoup les plus fréquentes, il y a plus de probabilités qu'on doive y rapporter un cas indéterminé par rapport à sa cause, qu'il n'y en a pour une décision contraire.

Nous pouvons nous dispenser de citer ici les observations qui composent cette catégorie; mais il ne faudra pas oublier d'en tenir compte en faisant l'histoire des ruptures du cœur considérées sous tout autre point de vue que celui de leurs causes. Nous donnerons seulement la suivante pour terminer par une observation.

M. Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont, communiqua l'observation suivante à la Société de

la Faculté de Médecine de Paris. (*Bulletins*, tome I.er, p. 171).

Un vieillard, âgé d'environ 80 ans, s'étant rendu à l'hôpital de Clermont, pour une oppression et une faiblesse qu'il éprouvait depuis quelques jours, fut frappé d'une mort subite, sans aucuns signes, à l'extérieur, de lésion organique.

A l'ouverture du cadavre, M. Fleury trouva le péricarde très-distendu, rempli d'un sang rouge et coagulé, dont l'évacuation lui fit découvrir une crevasse dans le ventricule gauche du cœur. Cette ouverture, longue de dix à douze lignes, était dirigée selon l'axe de cet organe ; elle était à peine sensible du côté de la cavité du ventricule, à cause du caillot qui en bouchait presque toute l'étendue. Les valvules aortiques et le tronc de l'aorte présentaient dans leur épaisseur plusieurs points d'ossification. Les artères sous-clavières, les carotides, les crurales, et leur principales branches, étaient presque totalement ossifiées.

M. Fleury regardait cette ossification comme la cause de la rupture du ventricule du cœur, qui n'avait pu surmonter l'obstacle contre lequel il avait à lutter pour faire arriver le sang dans les dernières ramifications artérielles.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Considérations sur quelques points en litige concernant les luxations et fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras; par M. Rognetta, *docteur en médecine et en chirurgie.* (Fin).

Dicam quod sentio. (Cic., *De Orat.*, lib. I, pag 134, édit. de Leclerc).

§ III. *Luxations de l'extrémité carpienne du radius.* — Nous voilà arrivés à la grande question : Le radius est-il susceptible de se luxer sur le carpe ? Ou, pour parler avec

plus d'exactitude, le poignet se luxe-t-il sur le radius, et en combien de manières ?

Il faut nous bien entendre sur ce sujet. Parle-t-on de luxations spontanées ; de luxations compliquées d'un grand délabrement du poignet ? Oui, il y en a ; j'en ai vues moi-même, à la suite de tumeurs blanches, d'hydarthrose, d'arrachement de la main, etc. Parle-t-on, au contraire, de luxations simples du poignet sur le radius, telles que celles décrites dans tous les livres de chirurgie, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ? Oh ! ici la question est embarrassante même pour les chirurgiens qui sont au courant de la science. Louis a eu raison de dire *que nous perdrions une grande partie de notre savoir si nous pouvions être tout-à-coup délivrés de toutes nos erreurs !* Vous croyez connaître quatre espèces bien distinctes de luxations du poignet ? Eh bien, il n'en est rien ! vous dira le grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Avant d'entrer cependant dans l'examen approfondi de la question qui nous occupe, disons par anticipation qu'il ne serait pas d'une saine logique de rejeter la possibilité des luxations du poignet, par cela seul qu'on n'en possède pas d'exemples bien constatés jusqu'à ce jour. Ne sait-on pas que la célèbre Académie royale de chirurgie avait traité de chimère certains états des os, tels que les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus, la réunion osseuse, immédiate, des fractures transverses de la rotule, etc., devenues incontestables de nos jours ? Il en est aujourd'hui des luxations du poignet sur le radius comme de celle des côtes sur les vertèbres : on nie les luxations de ces articles. Mais cette question n'est pas pour cela plus résolue que la première.

Examinée anatomiquement, ainsi que M. Malgaigne l'a fait savamment, la question n'est pas difficile à décider. Il résulte de cet examen qu'il n'y a de possibles que deux espèces de luxation du poignet, savoir : l'une en avant et l'autre en arrière. Les luxations latérales du carpe parais

sent tout-à-fait impossibles sans fracture. L'on se convaincra de suite de la vérité de ces assertions en jetant les yeux sur la disposition anatomique des os du poignet et de l'avant-bras, et sur la direction et l'étendue de leurs mouvemens. J'ajouterai même que les deux luxations, que la raison démontre comme possibles, ne semblent probables qu'autant qu'on les suppose incomplètes.

Mais si vous examinez sous le rapport de la pratique la question qui nous occupe, vous êtes obligé de suspendre votre jugement. Tous les faits existant dans la science comme luxations du poignet, ont été passés au creuset de l'analyse la plus rigoureuse par M. Dupuytren ; ils ne sont plus des luxations. La plupart de ces faits ne présentent que des fractures mal diagnostiquées, et par conséquent mal traitées ; ou bien des décollemens de l'épiphyse inférieure du radius. Cette espèce de scepticisme raisonné ne date que de 1820. (*Malgaigne*, pag. 51). Un autre chirurgien cependant marchait dans la même voie que M. Dupuytren à cet égard, et il serait sans doute arrivé à la même conclusion que lui, sur ces lésions du poignet, si la mort ne l'avait ravi trop tôt à la science. Nous avons noté que, dès 1820, Palletta avait imprimé ces phrases remarquables. « *Suspicari liceat manum e loco penitus promoveri non posse..... Ut diceres cubitum quasi ad id intentum esse ne manus e suo nixu excidat.* (Ouv. cité).

Il résulte, en effet, de tous les faits connus jusqu'à ce jour sur cette matière, que, quelle que soit la direction d'une violence exercée sur un poignet, soit par une chute sur la main, soit par une torsion quelconque de cette partie, il n'arrive ordinairement qu'un ou plusieurs des effets suivans, savoir :

1° Entorse plus ou moins grave du poignet.

2° Fracture du radius.

3° Fracture du cubitus.

4° Fracture des deux os à-la-fois.

5° Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus, tantôt simple, tantôt compliquée.

6° Déplacement de quelques-uns des os du carpe.

7° Décollement de l'épiphyse inférieure du radius.

Ce sont là les lésions qui en avaient, jusqu'à présent, imposé aux chirurgiens les plus instruits, et fait croire à des luxations du poignet.

On voit bien que, pour ne pas m'éloigner de mon sujet, j'ai dû, dans cette énumération, passer sous silence les autres altérations que la même chute sur la main peut quelquefois causer sur le reste du membre, selon la direction qu'il affecte au moment de l'accident. Je ne peux cependant pas m'empêcher d'observer que c'est peut-être par inadvertance que M. Malgaigne a laissé imprimer, à la page 15 de son mémoire, *qu'une chute sur la main peut quelquefois produire la fracture du col de l'humérus !* Ceci est certainement une erreur. Analysez toutes les observations publiées sur ces fractures; interrogez tous les malades qui offrent cette lésion, vous trouverez constamment que c'est par suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, ou bien par suite de tout autre coup immédiatement porté sur cette partie, que la fracture du col de l'humérus a été produite.

Cependant un médecin instruit, M. Forget, de la Société de médecine, vient de publier une observation qu'il donne comme un cas de luxation du poignet en arrière. Voici le fait :

M. B., élève de la marine, à bord de la frégate l'Antigone, en 1821, se baignant dans une bonnette (1) par une mer calme, sous l'équateur, s'amusait à plonger d'une certaine hauteur, les mains jointes au-delà de la tête. Une

---

(1) Voile carrée qu'on étend le long du bord, quand on veut se baigner en pleine mer pour éviter les requins.

fois il atteignit le fond de la voile au moment où celle-ci se trouvait soulevée par la houle, et la résistance produisit une violente flexion des poignets, accompagnée d'une douleur telle qu'on fût obligé d'aller le chercher pour le ramener à bord. Le poignet gauche présentait cette conformation en Z, qu'on dit caractériser la luxation du poignet en arrière, c'est-à-dire que le carpe formait un angle saillant du côté de la face dorsale, tandis que la main se trouvait fléchie en arrière par le fait de la distension des muscles extenseurs. Ayant fait fixer l'avant-bras par un aide, je saisis moi-même de mes deux mains celle du jeune homme, mise en pronation, et j'exerçai l'extension, tandis qu'avec mes deux pouces je m'efforçai d'obtenir la réduction, qui s'effectua sans trop de difficulté et fut immédiatement suivie d'un grand soulagement. Le poignet fut entouré de compresses résolutives et maintenu dans une écharpe. Il ne survint qu'un léger gonflement peu douloureux, et au bout de quelques jours il ne restait qu'un peu de faiblesse dans le poignet, dont le jeune homme malade, impatient, ne tarda pas à se servir. (*Transact. méd. de Paris*, septembre 1833, pag. 381.)

Si ce cas n'était pas une divulsion de l'épiphyse carpienne du radius, à coup sûr il ne serait pas une luxation du poignet en arrière. Ne s'étant frappé que sur le dos de la main, ce jeune homme n'aurait pu, au contraire, se luxer le carpe qu'en avant et le radius en arrière. Mais la résistance d'une voile élastique aurait été trop faible pour produire cet effet. M. Forget dit pourtant avoir été obligé d'exercer avec ses deux pouces une compression sur la saillie que présentait en arrière le poignet, afin d'obtenir la réduction : M. Forget a peut-être réduit, dans ce cas, une luxation du cubitus (1). Ce médecin ne dit pas com-

(1) M. A. Cooper observe que la luxation du cubitus en avant simule

bien de jours après le jeune homme a pu se servir de sa main : c'est que la réunion de l'épiphyse carpienne du radius se fait ordinairement en moins de temps que celle d'une fracture du même os. Du reste, ce fait, ayant été observé dans un temps où tous les chirurgiens croyaient aux luxations du poignet, ne peut rien décider dans la question dont il s'agit.

J. L. Petit disait avec raison que l'articulation du poignet est une des plus curieuses qui se voient dans le corps humain. La première rangée des os du carpe est tellement emboitée, d'un côté avec la mortaise sémi-ovale inférieure du radius; de l'autre, avec les quatre os de la seconde rangée carpienne, que toutes les chutes, soit sur la paume, soit sur le dos de la main, ne peuvent fléchir cette partie que dans la seconde brisure du carpe (*articulation carpo-carpienne.*) Il arrive donc dans ces cas, au poignet, ce que nous avons démontré ailleurs pour le pied ; savoir, que dans une violente entorse du pied, ce n'est pas l'articulation tibio-astragalienne qui en supporte l'effet principal, mais bien celles de l'astragale avec le scaphoïde, le cuboïde et le calcanéum. Au pied cependant, la mortaise inter-malléolaire du tibia se déchatonne quelquefois de la poulie de l'astragale et le pied se luxe; mais au poignet ce déchatonnement paraît impossible : les trois petits os de la première rangée carpienne sont trop fortement liés ensemble, et ils donnent trop peu de prise à la mortaise radiale pour qu'elle puisse se luxer sur eux. Ces trois os paraissent plutôt faire continuation avec le radius qu'avec les quatre os de la seconde rangée : ceux-ci se joignent par diarthrose avec les premiers, et constituent ce qu'on peut appeler la *véritable articulation du carpe.*

Cette espèce de rempart osseux de la main est donc

---

très-bien le déplacement du carpe en arrière. « *At the first sight it exhibits the appearance of dislocation of the hand backwards.* » L. C., p. 471.

un homme présentant une fracture simple de l'extrémité inférieure du cubitus, par suite d'une forte résistance qu'il avait été obligé d'opposer avec la paume de la main à un tombereau qui le pressait fortement contre un mur dans une rue fort étroite. Il faut convenir pourtant que ce mode de fracture du cubitus est assez rare. La raison en est simple : c'est que le radius, qui absorbe presque tout l'espace articulaire du poignet, supporte aussi le plus souvent, à lui seul, toute la réaction d'une chute sur la paume de la main. D'ailleurs, ainsi que M. Malgaigne l'a très-bien démontré, nous tombons plus souvent sur l'éminence thénar que sur l'hypothénar: aussi l'os satellite du radius échappe-t-il le plus souvent à la fracture. Lorsqu'elle a lieu, la fracture du cubitus se distingue plus facilement que celle du radius, parce que le premier de ces os est moins couvert de parties molles que le dernier.

Dans une thèse soutenue en 1804 à la Faculté de Paris, par Thierry (Pierre), en présence de Pelletan et de Percy, l'on fait mention de *courbures primitives et accidentelles des os de l'avant-bras*. J'avoue que je ne comprends pas l'espèce de lésion dont l'auteur parle avec tant d'assurance; voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des os n'ont point parlé des courbures accidentelles et primitives des os; cependant le baron de Haller en a courbé sur plusieurs animaux. D'ailleurs, cette maladie a été observée par un célèbre praticien (le professeur Antoine Dubois), et je l'ai aussi rencontrée plusieurs fois. Les causes de ces courbures sont les chutes d'une hauteur quelconque sur la main; alors l'avant-bras étant pressé entre le sol et le poids du corps, se fracture ou se courbe, si l'action de la chute se borne aux os de l'avant-bras et que l'effet du choc ait été absorbé par eux. S'il ne se fracture pas, il en résulte une simple courbure qui se trouve particulièrement à la partie moyenne de l'avant-bras qui est déjà recourbé. — *Signes.*

Enfoncement plus ou moins considérable à la partie postérieure de l'avant-bras, accompagné de douleur et de gonflement, etc. —*Prognostic.* Le mal guérit ordinairement en douze ou quinze jours s'il n'est pas méconnu; mais si l'on n'y apporte pas les soins convenables, l'avant-bras reste difforme, s'atrophie, et le malade ne peut presque plus s'en servir, etc. —*Traitement.* Extensions très-fortes, mais graduées, et coaptation avec les paumes des mains pour redresser la courbure saillante, etc. » (*Suivent deux observations*).

Une opinion soutenue par une autorité aussi imposante que celle de M. Dubois, avec des faits à l'appui, vaut la peine qu'on s'en occupe sérieusement.

D'après l'exposé ci-dessus sur la maladie en question, d'après l'examen réfléchi que j'ai fait des deux observations que l'auteur rapporte, je ne vois dans cette prétendue *courbure accidentelle et récente des os de l'avant-bras*, qu'une simple fracture, ainsi que cela s'observe chez les enfans. Je ne peux pas croire d'ailleurs que le chirurgien qu'on vient de citer, admette l'espèce de lésion qu'on lui attribue. Si l'auteur n'eût voulu parler que de la possibilité de courber un os d'enfant par degrés insensibles, à l'aide d'une machine orthopédique, j'aurais été de son avis. Mais lorsqu'un os est courbé d'un seul coup chez un enfant ou bien chez un adulte, il arrive de deux choses l'une : ou la cohésion moléculaire est vaincue par la force agissante, et il en arrive une fracture; ou bien cette cohésion n'est pas détruite, et l'os reprend sur-le-champ sa forme primitive par l'effet de son élasticité. Voici cependant, suivant moi, ce qui rend quelquefois équivoque le diagnostic des fractures chez les enfans, et ce qui a fait croire à une sorte de courbure permanente des os sans fracture :

1.° Les os des enfans n'étant pas encore saturés au complet de leur phosphate calcaire, les bouts de la fracture

ture est presque toujours intra-articulaire; c'est-à-dire qu'une partie de la fente de la lésion répond dans l'intérieur de l'articulation carpo-radiale ; 3.° enfin, *comminutivement :* c'est une sorte d'écrasement de l'extrémité inférieure du radius. Cette fracture est aussi toujours intra-articulaire.

Ce sont ces sortes de fractures, surtout les deux dernières qui étaient assez souvent autrefois prises pour des luxations du poignet. Le carpe, en effet, ayant perdu la stabilité que lui fournissait le bout inférieur du radius, est obligé par l'action musculaire, de se dévier, soit dans un sens, soit dans un autre, en entraînant avec lui le fragment inférieur du radius fracturé. Ce fragment, par conséquent, devenu alors partie mobile du carpe lui-même, se dévie plus ou moins, fait saillie en avant ou en arrière avec les autres os du carpe, donne à cette partie la forme d'un Z, et imite assez bien la luxation du poignet. Delà aussi la déviation de la main entière dans un sens ou dans un autre, telle que les auteurs l'avait décrite comme un signe des luxations du poignet.

Ce faux jugement était presque toujours confirmé, 1.° par le manque de crépitation de ces sortes de fractures; 2.° par la réduction des parties à l'aide de l'extension et de la coaptation.

Le diagnostic et le traitement de ces espèces de fractures sont parfaitement bien connus aujourd'hui, d'après les recherches de MM. Dupuytren et A. Cooper. Je ne reproduirai par conséquent pas ici ce qui se trouve très-bien exposé dans plusieurs mémoires publiés avant le mien (1); je m'arrêterai seulement sur quelques points de pratique qui ont été négligés ou entièrement oubliés dans les dissertations les plus récentes sur cette matière.

1.° *Position du membre pendant et après le pansement.*

(1) Voyez *Gazette médicale de Paris*, 1834. — *Leçons orales de M. Dupuytren*, etc.

— L'on conçoit à peine comment on peut oublier ou négliger certains préceptes de l'art, lorsque ces préceptes influent essentiellement sur l'issue du traitement d'une maladie Cependant c'est ce qui est arrivé à l'égard de la position à donner à l'avant-bras pendant et après le pansement de ses fractures. Hippocrate, et après lui les chirurgiens de toutes les écoles, avaient établi pour précepte formel de placer l'avant-bras fracturé dans une position moyenne entre la pronation et la supination, durant et après l'application de l'appareil. C'est dans cette situation moyenne, en effet, que les muscles pronateurs et supinateurs sont dans le relâchement complet; que les deux os anté-brachiaux sont dans un parallélisme exact; que l'espace interosseux peut être réintégré parfaitement par les mains du chirurgien, et que la réduction des fragmens peut être complète; c'est par cette seule position, en un mot, qu'on peut remplir les principales indications que le mal présente, et qu'on peut rendre à la partie blessée toutes ses fonctions premières. Eh bien! ce précepte, si simple et si important à-la-fois, sur lequel l'école chirurgicale moderne d'Italie attache avec raison tant d'importance (*V.* Monteggia, Nannoni, etc.), ce précepte, dis-je, est malheureusement oublié par plusieurs chirurgiens de nos jours.

On a généralement pour pratique de poser l'avant-bras en pronation sur un oreiller durant tout le temps de la cure. Or, voici ce qui arrive dans cette position : *les deux os de l'avant-bras s'entrecroisent pendant la supination de la main;* la réunion des fragmens, par conséquent, se faisant pendant cet entrecroisement, ne peut point être exacte, et l'espace interosseux doit être nécessairement diminué ou oblitéré à l'endroit de la fracture; delà la difficulté ou l'impossibilité consécutive de ramener l'avant-bras et la main dans la supination après le traitement. Par la même raison, la réduction ne peut point être exacte si les deux os ne sont point parallèles entre eux pendant l'ap-

plication de l'appareil, et le fussent-ils pendant le pansement, ils se déplacent immédiatement après, si le membre est placé sur un oreiller dans la pronation. Il ne suffit pas que les compresses et les bandes que nous mettons sur le membre aplatissent l'avant-bras dans ses deux faces, il importe principalement que l'espace interosseux soit conservé. Or, je soutiens que cette indication pratique capitale ne peut point être remplie, si l'on ne met pas les deux os dans un état de parallélisme parfait entre eux ; c'est ce qu'on ne peut obtenir qu'en plaçant la main et l'avant-bras dans une écharpe, de manière que le pouce soit toujours dirigé en haut et parallèlement à la ligne médiane du corps, et que la paume de la main reste comme apposée sur l'épigastre du malade. J'ai vu des malades qui avaient été parfaitement bien pansés par des chirurgiens fort habiles et célèbres, chez lesquels on avait même appliqué l'attelle cubitale de M. Dupuytren, avoir après le traitement l'avant-bras parfaitement aplati par l'effet de cet appareil, mais sans pouvoir porter le membre dans la supination, et cela, selon moi, par la seule raison qu'on avait laissé le membre dans la pronation, sur un oreiller, durant tout le temps de la consolidation. Le peu de supination que ces malades pouvaient faire s'exécutait plutôt par la rotation de l'humérus sur l'omoplate, que par celle du radius sur le cubitus. Sur quelques-uns de ces malades qui étaient très-maigres, et que j'ai revus long-temps après leur sortie de l'hôpital, j'ai pu suivre avec mes doigts, ligne par ligne, les deux os entrecroisés, et distinguer facilement l'endroit de la réunion vicieuse où l'espace interosseux était oblitéré. C'était là la cause pour laquelle ces malades étaient restés estropiés. J'ai vu, au contraire, et j'en ai soigné moi-même, plusieurs cas de fractures du radius, traités par le seul appareil ordinaire des compresses graduées, et par la simple *position parallèle* du membre en écharpe, sans attelle cubitale ou autre mécanisme, guérir parfaitement en conservant

tous les mouvemens libres de l'avant-bras. Faites cette expérience sur le cadavre ; décharnez un avant-bras sans toucher aux ligamens articulaires ; cassez le radins ou les deux os à telle hauteur que vous voudrez ; mettez ensuite le même membre en pronation, et vous verrez que les fragmens ne peuvent pas rester bout-à-bout malgré les appareils les mieux imaginés, à cause de l'entrecroisement des deux os que cette position oblige de faire prendre à ces parties ; vous verrez que l'espace interosseux est inévitablement diminué plus ou moins. Placez au contraire cet avant-bras dans une position moyenne entre la pronation et la supination, vous verrez que le parallélisme des deux os permet une réduction parfaite des fragmens, et que l'espace interosseux peut être totalement conservé. C'est à l'oubli ou à la négligence de ce précepte que j'attribue les insuccès dont on se plaint assez communément dans le traitement des fractures du radius. Rien n'empêche de joindre à cette condition capitale, toutes les autres précautions qu'on a coutume de prendre tant dans le pansement que dans le reste du traitement de ces fractures. Je dirai enfin que dans le traitement des fractures de l'avant-bras, Hippocrate recommandait de tenir la main plus élevée que le coude, afin de faciliter la circulation veineuse et de prévenir le gonflement de la main et des doigts. « *Ut ne summa manus cubiti flexu inferior imo paulo etiam superior collocetur, quo sanguis minime ad imum extremum defluat, sed revocetur.* » (Hipp., *De fracturis*).

2.° *Solidité de l'appareil chez les enfans.* — L'on dit généralement dans les livres de chirurgie que lorsqu'on a à traiter une fracture chez les enfans, il n'est pas nécessaire d'avoir des attelles de bois : « Des attelles de carton, dit Boyer, suffisent. » Je croyais moi aussi à cette idée avant que l'expérience ne m'eût convaincu du contraire. Ayant eu à traiter l'enfant Maéstraty d'une fracture de l'avant-bras, dont j'ai parlé plus haut, j'ai pu me convaincre que

les attelles de carton qu'on avait conseillées étaient tout-à-fait insuffisantes. Quelques jours après le premier pansement que j'avais garni avec des attelles de carton très-solides, j'ai vu avec étonnement que tout l'appareil était faussé à l'endroit de la fracture par le manque de solidité suffisante de ces sortes d'attelles; aussi ai-je dû remplacer ces dernières par des attelles de bois. Lorsqu'on pense à l'indocilité naturelle des enfans d'un certain âge, au besoin continuel de mouvement qui existe chez eux, aux mouvemens automatiques auxquels ils sont exposés pendant leur sommeil, on ne peut pas s'empêcher de conclure que les attelles de carton qu'on conseille de mettre à leurs fractures sont insuffisantes, à moins qu'il ne s'agisse d'enfans à la mamelle. J'ajouterai, d'après ma propre expérience, que l'appareil à fracture chez les enfans doit être non-seulement aussi solide et peut-être plus solide que chez les adultes, mais aussi qu'il doit être construit de manière que le petit malade ne puisse pas le défaire si fantaisie lui prend. J'ai à cet effet imaginé une espèce de petit sac en taffetas ou en toile cirée, qui enveloppe tout le membre pansé, et qu'on lie avec une sorte de coulisse derrière l'épaule du côté malade, pour le membre thoracique, et derrière le bassin ou aux lombes pour le membre pelvien. Cette enveloppe générale offre aussi l'avantage d'empêcher le bandage d'être sali; circonstance dont il faut tenir compte chez les enfans, surtout s'il s'agit d'une fracture des membres inférieurs.

3.° *Époque de la levée de l'appareil.* — Indépendamment de cette règle connue, qui prescrit de lever plutôt l'appareil chez les enfans que chez les adultes et les vieillards, j'ai observé que, toutes choses égales d'ailleurs, les fractures de l'extrémité inférieure du radius se consolident dans un temps beaucoup plus court qu'on ne croit généralement; au 20.° ou 22.° jour de la fracture, j'ai observé très-souvent ces sortes de lésions parfaitement solidifiées chez les

adultes. Cela tient sans doute à la vascularité très-grande et au peu de volume de la partie carpienne du radius. Cette circonstance est de la plus haute importance à noter pour prévenir la roideur ou l'ankylose de l'articulation du poignet. Sir A. Cooper a établi (*L. C.*, p. 471), qu'il faut ôter l'appareil après la troisième semaine chez les jeunes gens, et après la quatrième ou la cinquième chez les personnes âgées, afin d'exercer l'avant-bras aux mouvemens propres à prévenir l'ankylose. Il ajoute que quelquefois les malades restent six mois avant de pouvoir faire agir librement leur poignet et leurs doigts. Cette observation est très-exacte. Je terminerai ce paragraphe par une remarque que j'ai eu l'occasion de faire chez les enfans. Quelque serré que soit le bandage chez les enfans lorsqu'on l'applique, il est bientôt relâché et exige qu'on le renouvelle souvent. Cela tient principalement, à ce que je crois, à l'amaigrissement facile de leur membre sous l'action compressive du bandage. L'absorption chez eux, qui est naturellement très-active, le devient encore davantage par la présence du bandage ; aussi la graisse abondante et flasque de leur membre disparaît bientôt, rend le membre très-maigre, et oblige à refaire plus souvent l'appareil que chez les adultes et les vieillards. Cette remarque n'avait pas échappé au génie observateur de Galien : *Relaxantur fascœ*, dit-il, *non mehercle* (*ut nonnulli putant*) *quod intensœ tempore longiores appareant, sed quod membrum extenuatum contrahatur, ubi recte fuerit alligatum.* (*Galeni in Hipp., Comm., text.* XXXIV, *de Fract.*)

§ V. *Conséquences possibles des fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, et moyens d'y rémédier.* — A. Nous avons déjà remarqué, d'après A. Cooper, que les malades qui ont eu une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus restent quelquefois six mois avant de pouvoir se servir librement de leur membre. Nous avons

plusieurs fois eu l'occasion de vérifier l'exactitude de cette remarque. Ceci tient, sans doute, à la proximité de ces sortes de fractures de l'articulation carpo-radiale. Le travail inflammatoire adhésif des bouts de l'os rompu se communique nécessairement à tout l'appareil de cet article : de là la roideur consécutive. Galien, A. Paré et Desault ont observé l'ankylose complète du poignet à la suite de certaines fractures simples du radius. J'ai vu moi-même un cas de ce genre chez une jeune dame qui avait été traitée en ville d'une de ces fractures. Son poignet et ses doigts avaient beaucoup maigri ; la main entière était aussi plate et roide qu'une de ces palettes de bois dont on se sert dans les hôpitaux pour soutenir l'avant-bras lorsqu'il est blessé : la fracture datait de dix-neuf mois. Ces faits nous indiquent assez, je pense, l'importance de ce précepte mentionné plus haut, de lever de bonne heure l'appareil de la fracture du radius et de faire exercer convenablement le membre. Il ne faut pourtant pas que ce précepte soit mal interprété, c'est-à-dire qu'on exerce le membre avant la consolidation de la fracture ; car dans ce cas on s'exposerait à des inconvéniens non moins graves que dans la transgression de cette règle.

B. La perte partielle ou totale des mouvemens de supination et pronation (mais plus souvent de supination) est, ainsi que nous l'avons déjà dit, un des effets possibles les plus ordinaires de ces fractures. Ce résultat étant connu par tous les hommes de l'art, je ne m'arrêterai pas à en expliquer davantage le mécanisme. Je crois d'ailleurs avoir indiqué plus haut quelques-uns des moyens les plus propres à le prévenir. Lorsqu'on examine attentivement l'avant-bras de ces individus, l'on trouve ordinairement, 1° que le radius fait un angle rentrant du côté du pouce, et que le bord cubital de l'avant-bras est plus ou moins saillant, surtout à l'endroit de la malléole du cubitus ; 2° que la main est inclinée en dehors ou sur le côté radial,

de manière que tout l'avant-bras, regardé en pronation, décrit avec la main une espèce de courbe plus ou moins prononcée, dont la concavité se trouve du côté du radius. Lorsque l'avant-bras est forcé de retourner dans la supination, le malade fait plutôt rouler l'humérus sur l'omoplate et incline l'épaule entière de ce côté, le radius se trouvant arrêté instantanément dans sa double révolution comme par un obstacle invincible. J'ajouterai qu'en voulant faire élever directement en l'air un corps quelconque par cette main, le membre est obligé de s'arrêter à mi-chemin, à moins de se retourner dans la pronation. Je me rappelle à ce sujet le cas d'un prêtre chez lequel la fracture du radius du bras droit avait été vicieusement réunie, et dont le professeur Petrunti, de Naples, racontait tous les ans l'histoire dans ses cours : *Cet ecclésiastique ne pouvait pas accomplir l'élévation lorsqu'il disait la messe !*

Quels sont les moyens que l'art possède pour rémédier à cet accident lorsqu'il est arrivé ? Si la consolidation est ancienne le mal est incurable : le malade restera estropié pour tout le reste de sa vie. Lorsque le vice est très-récent, il y a du remède. Deux moyens ont été conseillés dans ces cas pour ramener le membre à sa rectitude normale ; 1° faire plier le cal alors qu'il est encore malléable ; 2° le rompre s'il est déjà consolidé depuis peu.

M. Dupuytren a plusieurs fois réussi à redonner à des avant-bras difformes leurs fonctions et leur figure primitives, en faisant plier, par degrés, le cal encore mou. A cet effet, ce chirurgien s'est servi d'un appareil orthomorphique fort simple. Des coussinets bien épais, artistement placés sur le bord cubital de l'avant-bras, et vis-à-vis de la fracture ; une forte attelle de bois par-dessus ces coussinets ; et enfin une bande qui enveloppe le tout, de manière à tirer la main et la partie inférieure de l'avant-bras dans le sens opposé de sa réunion vicieuse ; tel est le bandage dont le chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est servi pour des cas de cette

nature. L'on conçoit aisément que cet appareil agit sur l'endroit de la fracture comme un lévier de troisième genre, ou pour m'expliquer plus intelligiblement, il tend à redresser la courbe vicieuse de l'avant-bras, comme on ferait, par exemple, pour ramener à la ligne droite un demi-cercle de bois, en appliquant le milieu de sa convexité sur la face antérieure du genou, (l'homme étant assis) et en tirant à soi, avec les deux mains, les deux extrêmes du même cercle : ou bien, je dirai plus simplement, si l'on veut, que ce bandage agit précisément à l'instar des machines pour les pieds-bots. J'ai vu une fois employer cet appareil par M. Dupuytren lui-même, dans un cas où la fracture du radius datait d'un mois seulement; et cependant cette fracture était déjà si solide que toutes les tentatives pour forcer le cal ont été infructueuses. Ce fait me paraît assez important pour prendre place dans ce mémoire.

Obs. X.e — Un confiseur, âgé d'une trentaine d'années, fort, fut, dans le mois de juin 1833, admis à l'Hôtel-Dieu, au N.° 1 de la salle Sainte-Marthe, pour être guéri d'une fracture mal réunie du radius, à un pouce de l'apophyse styloïde. La fracture avait eu lieu depuis vingt-huit ou trente jours. Il avait été traité dans un des hôpitaux de Paris. Le poignet est considérablement gonflé et douloureux. La main est déviée en-dehors. L'avant-bras présente, sur le bord radial, la ligne concave dont j'ai parlé; mais le bord cubital n'est pas très-saillant. La supination est absolument impossible. L'homme craint de rester estropié et d'être obligé de renoncer à son état de confiseur; il s'offre à toute espèce de tentative pour recouvrer les usages de son membre. On applique des résolutifs, d'abord pour combattre le gonflement douloureux; puis on vient à l'appareil orthomorphique ci-dessus décrit, qu'on serre par degrés pendant plusieurs jours ; aucun effet. On exerce des tractions violentes et répétées sur le membre,

afin de forcer ou rompre le cal ; tout a été inutile. Le malade, ennuyé de ses souffrances, quitta l'hôpital.

Cette observation confirme d'un côté les fâcheux effets d'une fracture du radius mal traitée ; de l'autre, elle prouve la promptitude de la réunion de ces fractures. Elle ne dépose pas pourtant contre l'appareil orthomorphique, car ce même moyen, déjà indiqué et employé avec succès par les anciens, singulèrement éclairci par les belles expériences de Troja (1), n'est applicable, avec probabilité de réussite, que dans les seuls cas où le cal est encore malléable. Nous avons vu M. Dupuytren réussir, à l'aide d'un bandage analogue, dans un cas de cal vicieux, très-récent, à la cuisse. Je pense donc que ce remède est excellent et qu'il doit être employé dans les circonstances que nous venons de déterminer. Mais cette même observation nous révèle encore une autre vérité ; c'est l'impossibilité de forcer le cal, chez certains individus, après le trentième jour de l'époque de la fracture.

Certes, si l'on avait voulu rompre l'avant-bras de cet homme, rien n'aurait été plus facile ; on n'aurait eu pour cela qu'à y faire appliquer le genou d'un homme robuste et tirer les deux bouts de l'avant-bras à soi. Mais cette violence aurait-elle rompu le cal de la fracture ? Théden en a fait la triste expérience. Au dire de Monteggia, le chirurgien allemand refractura le radius d'un homme mal guéri depuis trois mois ; mais la nouvelle fracture n'eut lieu qu'à côté de la première, et après la seconde guérison cet homme était plus estropié qu'avant la précédente. Il ne pouvait pas en être autrement. Les belles considérations anatomico-mécanico-physiologiques, de Porterfield (*Medical essais and observations of Edimb.*), confirmées par Alex. Monro, nous apprennent que l'endroit du cal d'une fracture consolidée est beaucoup plus résistant que le reste du

(1) Troja, *de Fracturis*, p. 153, *in novorum ossium regenerationes*. Paris, 1775, in-12.

la rupture du cal. L'on sait que, toutes choses égales d'ailleurs, la réunion des fractures se fait plus rapidement chez les jeunes gens bien portans. Or, que l'on compare cette observation à celle du N.° précédent, et l'on ne sera plus étonné de l'impossibilité qu'on a éprouvé de forcer le cal chez le premier de ces sujets. J'ajouterai pourtant à ce qui précède, que lorsqu'il s'agit d'un enfant qui ne dépasse pas l'âge de douze à quinze ans, bien que la fracture chez lui se réunisse beaucoup plus tôt que chez l'adulte et le vieillard, néanmoins comme tous les os à cet âge conservent un degré de souplesse remarquable, on peut espérer de redresser le membre à une époque assez éloignée de la réunion de la fracture. Dans ce cas, le membre est redressé de la même manière, ou à-peu-près, que les orthopédistes font pour dissiper les déviations congénitales de quelques parties osseuses du corps. En voici des exemples.

Obs. XII.° — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius chez un enfant de dix ans, méconnue pendant vingt-neuf jours, consolidée avec difformité, et redressée complètement.* — Chute d'un arbre; fracture du radius droit à un demi-pouce de l'apophyse styloïde. On la traite comme une foulure pendant vingt-neuf jours. Difformité consécutive du poignet. Entrée du petit malade à l'Hôtel-Dieu. — *Opération.* Deux aides font l'extension et la contre-extension. M. Dupuytren, assis devant le malade, empoigne l'avant-bras blessé, agit fortement, mais par degrés soutenus, sur la courbure du membre, et tend à élargir l'espace inter-osseux : la main cède et se redresse, la courbe anormale de l'avant-bras disparaît sous ces efforts, et l'espace inter-osseux est réintégré. On place le membre dans un appareil ordinaire à fracture; on a soin de prévenir le retour des parties à la même direction vicieuse; attelle cubitale. On renouvelle l'appareil de dix en dix jours; on le supprime le 30.° Guérison parfaite sans difformité.

Obs. XII.° — *Enfant de 13 ans; chute d'un arbre;*

fracture du radius prise et soignée pour une entorse du poignet. Réunion vicieuse.—Entrée à l'Hôtel-Dieu. Opération le 30.e jour, comme ci-dessus. Guérison pareille. —

Sans la circonstance, que je viens de faire remarquer, de la malléabilité des os chez les enfans, on ne pourrait pas se rendre raison pourquoi, chez l'homme de l'observ. 10e, le cal était devenu infrangible au 30.e jour de la fracture, tandis que chez les derniers, où la réunion de la lésion a dû sans doute être plus prompte, le cal conservait encore à la même époque de trente jours de la mollesse suffisante pour céder sous la manœuvre forcée du chirurgien. Ces considérations me paraissent de la plus haute importance pour déterminer la possibilité de réussite dans les cas pareils. Delà résulte qu'on ne peut pas assigner d'une manière fixe pour tous les individus l'époque à laquelle le cal est encore susceptible de céder. Nous venons de voir en effet que, sur une femme de 68 ans, la souplesse du cal existait encore au 25.e jour, tandis qu'il était parfaitement solidifié à la même époque à-peu-près, chez un jeune homme fort et vigoureux de 30 ans. Aussi, je crois que M. Jaquemin est allé trop loin lorsqu'il dit dans son excellent mémoire à ce sujet, que « jusqu'au soixantième jour il est généralement possible de faire céder le cal; » telle est l'opinion professée par M. Dupuytren. Mais la connaissance que j'ai de la structure du cal, les faits dont j'ai été témoin, l'innocuité des moyens que j'ai vu employer, m'ont donné la conviction qu'on peut obtenir des succès à une époque bien plus éloignée, et je n'hésiterais pas, en mon particulier, à faire des tentatives *après le troisième, peut-être même après le quatrième mois*, si le sujet se trouvait dans une des circonstances que j'ai indiquées. »

Je viens de dire que ce médecin est allé trop loin dans son enthousiasme pour cette précieuse ressource de la chirurgie, en donnant d'une manière générale les époques ci-dessus, comme termes de possibilité de redresser le cal.

J'ajoute maintenant que ceci est inadmissible, surtout pour les os de petit calibre, où le *cal provisoire* est beaucoup plus vite formé et remplacé par le *cal définitif*. N'avons-nous pas vu ci-dessus les fâcheux résultats de l'opération pratiquée par Théden, à trois mois de la fracture ? N'en serait-il pas arrivé autant dans le cas du jeune homme de l'Hôtel-Dieu (obs. 10.°), si l'on avait voulu pousser plus loin les tentatives ? En lisant avec attention les cas de redressement du cal qui se trouvent dans Delamotte, dans Monteggia, et dans le mémoire de M. Jaquemin, l'on ne peut s'empêcher de faire les remarques suivantes :

1.° Que chez les enfans, jusqu'à l'âge de 12 à 13 ans, le redressement du cal a été possible dans des époques d'un mois pour l'avant-bras (à compter du jour de la fracture), et de deux mois et demi pour la cuisse. L'expérience n'a pas été faite dans des époques plus éloignées.

2.° Que chez les adultes et les vieillards, le redressement du cal a été plus souvent opéré aux os des membres inférieurs qu'à ceux des membres supérieurs. Pour les os de l'avant-bras, le redressement n'a été opéré que jusqu'à l'époque d'un mois. Pour les os de la jambe et de la cuisse, entre trois, quatre et neuf semaines. L'on rapporte deux cas de redressement du cal aux os des membres inférieurs, dans des époques de quatre mois, quatre mois et demi, mais ces observations manquant du cachet de l'authenticité requise dans les sciences, et n'étant pas accompagnées de détails suffisans, je me permettrai de les révoquer en doute pour le moment.

3.° Que pour l'avant-bras, le redressement a été opéré en forçant subitement le cal d'abord, d'après le procédé que nous avons décrit plus haut, et en mettant ensuite le membre dans un appareil ordinaire à fracture pendant un mois.

4.° Que pour les membres inférieurs on a fait céder le cal par degrés, à l'aide de machines orthopédiques, et que ce

redressement a été plus prompt chez les enfans que chez les adultes.

5.° Que dans le plus grand nombre des cas où le cal a été ainsi redressé sur les membres inférieurs, il s'agissait d'une difformité produite par l'affaissement du cal, en raison de l'usage prématuré que les malades avaient fait de leur membre. Cette circonstance de difformité peut être différente de celle où la réunion vicieuse dépend d'un défaut primitif de réduction et de coaptation des fragmens.

6.° Enfin, que dans les cas où il n'y avait que simple difformité par déplacement des fragmens, suivant la direction et l'épaisseur de l'os, ainsi que cela se voit dans les cas de fractures du radius rapportés ci-dessus, la seule force orthomorphique du chirurgien, dirigée perpendiculairement à l'axe du membre, a suffi pour corriger la difformité, tandis que dans les autres cas où il y avait en même temps chevauchement des fragmens, ou déplacement suivant la longueur, il a fallu joindre à la force sus-indiquée une extension continue qui agissait parallèlement à l'axe du membre. Ce sujet de pratique est assez important et neuf pour qu'on nous permette d'ajouter encore quelques remarques.

Il est aisé de prévoir que le redressement d'un cal, encore malléable, doit être plus facile sur les membres à un os, tels que la cuisse et le bras, que sur ceux à deux os, comme la jambe et l'avant-bras; et, pour ne pas m'écarter de mon sujet, je vais considérer ceci sur les os de l'avant-bras seulement. Supposons d'abord que les deux os de ce membre eussent été fracturés à la même hauteur, et que le redressement doive s'étendre sur le double cal en même temps, il est clair que, dans ce cas, la manœuvre du chirurgien est beaucoup plus simple et plus facile que lorsqu'il n'y a qu'un seul de ces os de cassé; car, dans cette dernière circonstance, l'os sain est non-seulement un obstacle à l'action de la force orthopédique, mais aussi il

impose l'obligation au chirurgien de n'agir qu'avec beaucoup de ménagement, pour ne pas le fracturer, surtout s'il s'agit d'un enfant où les épiphyses des os de l'avant-bras se décollent assez facilement. Si, au contraire, la fracture avait éte faite à des hauteurs différentes, l'on conçoit que le cas offre encore plus de difficultés que dans la supposition précédente, car chacune de ces réunions vicieuses peut présenter des indications différentes. Je m'abstiens d'énumérer ici ces indications possibles, présumant que le génie seul du chirurgien peut les saisir suivant les circonstances particulières de chaque cas. Je passe maintenant à l'examen d'un dernier point.

C. Un des résultats les plus rares des fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, c'est la non-réunion, la fausse articulation, ou *l'articulation secondaire*, ainsi que Béclard l'appelait. Il existe très-peu d'exemples de ce cas à l'avant-bras. Mais indépendamment de cet exemple décrit par Bayle, dans les *Nouvelles de la République des lettres*, et que tous les médecins connaissent, on en trouve un autre dans Monteggia qui mérite d'être rappelé, à cause de la ressource pratique qu'il peut nous suggérer pour les cas analogues. Le voici :

Obs. XIV.e — J'ai vu un jeune moine, capucin, qui, par suite d'une fracture à la partie moyenne des os de l'avant-bras, avait une fausse articulation. Cette fracture, sans cause appréciable, n'avait jamais pu se réunir, quoiqu'elle eût été traitée selon les règles de l'art. Habitué à la patience, ce brave frère ne s'impatienta point de son infirmité. Il imagina et se construisit lui-même une espèce de bracelet en cuir avec lequel il embrassait les deux bouts de la fracture en empiétant de quelques pouces au-dessus et au-dessous de la solution, et en le serrant modérément. Cet appareil, très-simple, donnait une solidité telle à l'avant bras, que notre habile capucin pouvait se servir

utilement de son bras pour les usages les plus ordinaires de la vie. (Monteggia, t. IV, p. 28).

J'ai observé moi même un fait de ce genre à la consultation de M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu; il est digne d'être connu.

Obs. XV.ᵉ — Dans l'été de l'année dernière un homme de bonne constitution, âgé d'une trentaine d'années, s'est présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une prétendue luxation du poignet en arrière, qu'il portait depuis trois semaines, par suite d'une chute sur la main. Son médecin en ville l'avait plusieurs fois, et dans des intervalles divers, exposé à des extensions forcées afin de lui remettre le poignet; mais il n'avait pu en venir à bout; car les parties se déplaçaient aussitôt qu'on avait cessé de les tirailler *cruellement*, disait le malade. A l'examen, on reconnut de suite que la prétendue luxation n'était autre chose qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, immédiatement au-dessus de l'apophyse styloïde de cet os, laquelle n'était pas consolidée. On pouvait facilement déplacer les fragmens et augmenter la difformité de la partie. Un gonflement très-considérable existait sur les deux faces de toute la région malade. Les attouchemens étaient très-douloureux. Les doigts, la main et l'avant-bras étaient dans l'impuissance complète. Il est probable que cette fausse articulation avait été le résultat des fortes tractions répétées qu'on avait exercées en différentes époques sur le membre, dans l'intention de réduire une luxation qui n'existait pas. M. Dupuytren ayant proposé à ce malade d'entrer à l'hôpital, afin d'essayer de le guérir, il s'y est refusé; de manière que cette observation est incomplète sous le rapport du traitement.

Bien que les deux fragmens de cette fracture fussent apparemment cicatrisés isolément à l'époque que je viens d'indiquer, je pense que la première chose à faire chez ce malade serait de mettre le membre dans un appareil à

fracture régulier, et d'asperger continuellement les parties d'une liqueur résolutive, et de l'y laisser pendant un temps convenable, dans le double but de favoriser la résolution de l'engorgement des parties molles et de voir si la nature aurait encore la puissance de réunir à elle seule la fracture. Dans le cas où ce dernier résultat ne serait que négatif, que conviendrait-il de faire? J'avoue que le cas me paraîtrait ici plus embarrassant qu'ailleurs. Voici, du reste, d'après quels principes je croirais que le chirurgien devrait se conduire dans des cas semblables.

1° Essayer d'abord quels pourraient être les avantages du bracelet en cuir, du moine de Milan. Je présume cependant que ce moyen ne pourrait être ici d'une grande utilité; car, le fragment inférieur étant trop petit pour donner prise au bracelet, cette machine devrait nécessairement empiéter sur le carpe pour pouvoir remplir son but; mais dans ce cas, outre que le remède serait peut-être insupportable par la compression qu'il exercerait sur une région aussi sensible que le carpe, cette articulation serait alors comme ankylosée et les tendons eux-mêmes auraient de la peine à agir; mais ne préjugeons rien, l'expérience dément souvent nos idées préconçues; l'essai serait prudent et ne coûterait rien.

2° Essayer les douches d'eaux minérales sur l'endroit de la fracture, le membre étant tenu d'ailleurs dans un appareil convenable. Ces douches auraient pour but de provoquer l'inflammation adhésive de cette espèce de *gâchis organique* qui enveloppe les deux fragmens séparés, et par continuité se propager jusqu'à la substance propre de l'os. Je ne dis pas que ce remède réussira à produire la réunion de la fracture, mais, comme la partie inférieure du radius est très-superficielle et que les douches d'eaux minérales développent une grande quantité de chaleur dans l'intérieur de la partie qu'elles frappent, espèce de fièvre locale qui pourrait être salutaire, il n'y aurait pas d'inconvénient à

les essayer. Monteggia rapporte (tom. V. pag. 194) qu'un physicien italien, Jean Fantoni, faisant des expériences à la source des eaux minérales de Vardieri, observa que la chaleur développée par la douche pénétrait si profondément dans les parties animales qu'elle frappait; qu'il a pu faire cuire beaucoup plutôt des œufs, en les exposant à une douche très-haute, qu'en les immergeant simplement dans la même eau et à la même température. Dans le même but que la douche, ne pourrait-on pas appliquer, avec quelque chance de succès, des vésicatoires, des cautères sur la partie malade ? Je n'ai dans ce moyen qu'une confiance très-bornée pour le cas dont il s'agit.

3° Voir, enfin, si le séton ne serait pas préférable à la résection. Chacun de ces deux derniers moyens présente ses avantages et ses inconvéniens dans le cas qui nous occupe. La résection du seul bout supérieur de la fracture pourrait sans doute réussir dans ce cas, et son exécution n'offrirait pas de grandes difficultés; mais l'ankylose du poignet ne serait-elle pas très-probable après cette opération, soit qu'on excisât, soit qu'on n'excisât pas le petit fragment inférieur? M. Velpeau dit (*Médecine opér.*, t. I, pag 556) que cette opération a déjà été faite deux ou trois fois avec succès, et que les doigts ont conservé tous leurs mouvemens après la guérison. On pourrait y procéder de différentes manières, je n'ai qu'à renvoyer le lecteur à l'ouvrage que je viens de citer. Le séton, passé entre les fragmens, est un moyen très-simple, de facile application dans le cas dont il s'agit, et pourrait très-bien provoquer l'inflammation adhésive aux deux bouts de la fracture et procurer par là la guérison. Mais la présence d'un séton dans l'épaisseur du poignet ne pourrait-elle pas donner lieu à des inflammations graves de tout le tissu cellulaire serré du poignet et de la face interne de l'avant-bras. des gaines des tendons, des capsules articulaires de cette région, etc. ? Cet accident, s'il survenait, pourrait cependant être com-

battu avec avantage par les moyens connus. La crainte de l'ankylose du poignet accompagne d'ailleurs l'usage du séton comme celui de la résection. J'avoue que si j'avais à choisir entre ces deux remèdes efficaces, je préférerais le séton à la résection, comme plus simple, d'une exécution beaucoup plus facile, et effrayant moins le malade que l'action de la scie. L'inflammation produite par le séton pourrait être entretenue autant de temps et au degré qu'on le jugerait convenable. J'adopte d'autant plus volontiers cette médication innocente du séton, qu'un essai de résection, fait en 1827, par le docteur Vincent à Londres, pour une fracture des deux os de l'avant-bras non-réunie au bout de neuf mois, fut suivi de la mort, le cinquième jour de l'opération, bien que le sujet fût un jeune paysan fort et bien portant d'ailleurs. (*The Lancet*, V. 13, pag. 27).

Je ne terminerai pas ce mémoire sans répondre quelques mots à l'un des honorables aristarques du *Journal hebdomadaire*. Dans le N.° du 1er février 1834 dudit journal, mon censeur saisit l'occasion de mon travail publié dans les *Archives*, (*sur quelques maladies des os du pied*) pour décharger contre moi la mauvaise humeur qu'il prit pendant son séjour en Russie. Au lieu de m'attaquer avec les armes de la science, il va fouiller mon extrait de baptême d'abord, puis il me défigure en ridiculisant certaines comparaisons, qu'il ne paraît pas avoir bien comprises, et que d'autres journaux ont trouvées ingénieuses et vraies. En vérité, je ne vois pas pourquoi mon confrère, qui est lui-même si chatouilleux aux notes de la Revue médicale, ne tourne pas également en ridicule d'autres comparaisons déjà reçues dans la science, telles que celles de *bruit de diable*, *museau de tanche*, *morsus diaboli*, *cornua ammonis*, *nates et testes cerebri*, *cauda equina*, *sella turcica*, *étrier*, *enclume*, *marteau*, apophyses *coracoïde*, *zygomatique*, *clinoïde*, *ptérigoïde*, etc., etc. !!!

***Recherches sur la cause des bruits respiratoires perçus au moyen de l'auscultation; par M.* BEAU, *interne à l'hôpital Necker, membre titulaire de la Société anatomique. (Mémoire présenté à l'Académie royale de Médecine, dans la séance du* 10 *juin* 1834).**

J'envisage, dans ce mémoire, les bruits ou murmures respiratoires à leur état de simplicité, et isolés des différens râles qui peuvent les altérer. On sait que ces bruits varient pour la forme et l'intensité, suivant les points de l'arbre bronchique où on les entend, et suivant l'état sain ou pathologique des organes respiratoires. Delà les quatre espèces suivantes auxquelles on peut, en définitive, les rattacher tous : bruit vésiculaire, bronchique ou tubaire, trachéal et caverneux.

Laennec n'a pas cru devoir mettre sérieusement en question l'explication des bruits respiratoires; il affirme positivement (1) que, « tous les bruits qui se passent dans l'arrière-bouche et les fosses nasales, *n'influent en rien sur le murmure de la respiration.* » Pour lui, le bruit respiratoire est le résultat d'un frémissement dû au frottement des parois bronchiques par l'air inspiré ou expiré qui se meut dans leur cavité.

Il faut avouer que cette explication de Laennec paraît simple, naturelle; elle rend d'ailleurs assez bien raison de certaines affections des organes respiratoires; il n'est donc pas étonnant qu'il ne soit venu encore à l'esprit de personne, que je sache, d'en peser la valeur. J'ai été amené à la mettre en doute par l'observation d'un fait dont je vais parler à l'instant. J'ai résolu, par quelques expériences, de nouvelles questions qui étaient les conséquences naturelles

(1) *Traité de l'Auscultation*; t. I.er, page 54, édition de 1826.

de l'observation de ce fait, et je crois pouvoir aujourd'hui publier le résultat de mes recherches, et proposer une théorie qui me paraît devoir remplacer avec avantage celle qui est adoptée généralement.

Au commencement de cette année, j'auscultais un individu affecté d'épanchement dans la plèvre droite; il présentait, au niveau de la fosse sous-épineuse, une respiration tubaire très-marquée, et semblait, à l'expiration, *me souffler dans l'oreille.* Après l'avoir ausculté, je remarquai qu'il faisait beaucoup de bruit en respirant; ce bruit ne venait ni des lèvres ni du nez, mais bien de l'arrière-bouche; en un mot, c'était le bruit naturel de la respiration, mais très-intense. Je voulus savoir si une respiration aussi bruyante n'avait pas quelque influence sur la production du souffle tubaire que je venais d'entendre d'une manière si marquée. Pour cela, j'engageai le malade à faire moins de bruit en respirant, sans rien changer pourtant au rythme ni à l'étendue de ses mouvemens respiratoires; j'auscultai ensuite, et j'observai que le souffle tubaire avait diminué dans la même proportion que le bruit respiratoire de la gorge. Mais voulant pousser l'expérience jusqu'au bout, je lui demandai s'il ne serait pas possible de respirer sans faire le moindre bruit; il y parvint effectivement après quelques tentatives, et en ouvrant largement la bouche; j'auscultai de nouveau, et je n'entendis plus rien. Je dois dire que, pendant tout le temps de la suspension du bruit respiratoire et du souffle tubaire, la respiration n'avait rien perdu de sa fréquence, et que les parois thoraciques se soulevaient aussi vite et aussi largement qu'avant l'expérience.

J'obtins exactement les mêmes résultats chez les autres malades qui présentaient le souffle bronchique; chez tous, je le fis diminuer et suspendre, en faisant diminuer et suspendre le bruit respiratoire de la gorge.

Je devais, de ces faits, conclure que le souffle tubaire ou

bronchique n'est pas le résultat de l'action mécanique du passage de l'air dans les bronches, mais bien le retentissement tubaire d'un bruit qui se passe à l'arrière-bouche ; et que, par conséquent, il ne diffère de la bronchophonie que parce que, dans cette dernière, la forme du retentissement est plus éclatante et moins articulée. D'après cela si, comme chacun a pu l'observer sur les malades et le lire dans les auteurs, la bronchophonie n'est bien marquée que lorsque le souffle bronchique existe, la raison de cette coïncidence se présente d'elle-même ; car un tube fait d'autant mieux résonner un bruit intense, qu'il en fait retentir un plus léger.

Etant arrivé ainsi à reconnaître la cause du souffle bronchique, je me demandai si telle n'était pas celle du bruit de respiration caverneuse. Je pouvais le supposer, d'après cette considération, qu'il y a le même rapport entre le souffle caverneux et la pectoriloquie, qu'entre le souffle bronchique et la bronchophonie, le souffle caverneux étant l'indice et comme la condition d'une pectoriloquie parfaite. Il est vrai que le souffle caverneux ne donne pas à l'oreille la même sensation que le souffle tubaire, mais n'est-il pas naturel que la capacité de la caverne où retentit l'air inspiré ou expiré, influe sur la forme du retentissement en lui donnant plus d'étendue et d'intensité, bien que la cause en soit la même dans les deux cas ? Les expériences que je fis sur quelques phthysiques décidèrent complètement la question ; je reconnus que le souffle caverneux était, ainsi que le souffle bronchique, sous la dépendance immédiate du bruit respiratoire de la gorge.

Mais où et comment se produit ce bruit guttural ? Je cherchai à éclaircir cette question en observant sur moi-même ce qui se passe dans l'intérieur de la cavité buccale, quand on respire naturellement, de manière à produire un léger bruit. M'étant placé pour cela la bouche ouverte devant une glace, je remarquai qu'à chaque inspiration et

expiration la luette se portait alternativement en dedans et en dehors, et que ces mouvemens successifs étaient bien plus étendus quand le bruit respiratoire était lui-même plus intense. Je dus admettre que ce bruit était le résultat du brisement de la colonne d'air inspiré et expiré contre la partie antérieure et postérieure du voile du palais, et cela d'autant mieux, que dans le mouvement instinctif que je faisais pour suspendre ce bruit guttural, je pus remarquer que le voile du palais était porté horizontalement contre la partie postérieure du pharynx. Mais ce bruit n'est-il pas modifié, et même souvent produit par le choc de la colonne d'air contre les parois des cavités nasales, buccales, et aussi contre les rebords de la glotte? Je le crois fortement, mais je ne puis rien affirmer de positif à cet égard, mon intention étant moins d'expliquer la cause du bruit respiratoire de l'arrière-bouche, que l'influence qu'il a sur la production des bruits respiratoires des poumons. Tout ce que je suis en droit d'avancer jusqu'à présent, c'est qu'il se passe dans les voies respiratoires supérieures un bruit dû au refoulement de la colonne d'air respiré contre le voile du palais ou les parties voisines, et que ce bruit est l'unique cause des souffles bronchique et caverneux.

Il se présente naturellement une troisième question à la suite de la résolution des deux premières : si les souffles tubaire et caverneux sont l'effet du retentissement du bruit guttural, n'en est-il pas de même des bruits de respiration vésiculaire et trachéale? Je ne devais plus le supposer par analogie, attendu qu'on ne peut rien conclure de l'état morbide à l'état sain ; aussi ai-je eu recours à la voie d'expérimentation qui, seule, pouvait décider la chose. J'ai fait dans un lieu silencieux et conjointement avec une personne (1) habituée à l'auscultation,

(1) M. Leclaire, élève à l'hôpital Necker, dont la coopération m'a été très-utile.

plusieurs expériences dont voici les plus importantes :

1.° Quand on respire naturellement, il se produit, comme je l'ai déjà dit, un bruit léger dans l'arrière-bouche, soit à l'inspiration, soit à l'expiration ; si on ausculte, on entend que les bruits trachéal et vésiculaire sont dans le même rapport d'intensité que celui de la gorge, quoique avec une forme un peu différente.

2.° Quand le bruit guttural est suspendu (et on y arrive facilement par une dilatation instinctive des voies respiratoires supérieures), les bruits trachéal et vésiculaire n'existent plus ; la respiration, bien que silencieuse, se fait comme à l'ordinaire, et si l'on ne sentait sous l'oreille les parois thoraciques s'élever et s'abaisser alternativement, on pourrait croire que l'individu ne respire plus.

3.° Si l'on suspend le bruit guttural dans l'un des deux mouvemens respiratoires, l'inspiration ou l'expiration, on n'entend aucun bruit trachéal ou vésiculaire dans celui des deux mouvemens qui n'est pas accompagné du bruit de l'arrière-bouche.

4.° Si l'on produit un bruit de lèvres, de manière à souffler à l'expiration et d'aspirer en sifflant à l'inspiration, on entend la même forme de bruit dans la trachée et les vésicules ; seulement, comme ce bruit est tout extérieur, il y a plus de retentissement dans l'air ambiant que dans celui que contiennent les voies respiratoires ; aussi, l'oreille libre le perçoit-elle mieux que l'oreille qui ausculte. C'est le contraire du bruit guttural ordinaire qui, plus profond, a plus de retentissement dans les organes respiratoires que dans l'air extérieur.

5.° On introduit dans la bouche d'un individu un cahier mince, roulé en tube, assez volumineux pour que son diamètre soit en rapport avec celui de l'orifice des lèvres largement ouvertes, et on le fait avancer ainsi jusque sur le milieu de la langue, dans la direction de l'isthme du go-

sier. Si dans cette position du tube, l'individu respire librement et largement sans chercher à suspendre le bruit guttural, on entend les bruits trachéal et vésiculaire comme à l'ordinaire. Si maintenant, il retient son haleine après une grande inspiration, et qu'on saisisse ce moment pour souffler par le tube contre le voile du palais, de manière à imiter le bruit naturel de l'arrière-bouche, on entend à l'auscultation les bruits trachéal et vésiculaire comme lorsque la respiration se faisait (1).

Je pense que ces expériences en disent assez d'elles-mêmes, sans qu'il soit besoin de faire ressortir la valeur de chacune d'elles en particulier. Car d'un côté elles prouvent que les bruits trachéal et vésiculaire (2) peuvent être suspendus, bien que l'air continue d'être inspiré et expiré; et d'un autre, elles prouvent aussi que l'on peut obtenir artificiellement ces bruits, sans que l'air exécute aucun mouvement dans les voies respiratoires. Elles attaquent d'abord la théorie de Laennec qui n'a pas d'explication pour de semblables faits, et ensuite elles établissent celle du retentissement d'une manière nécessaire.

Ainsi donc, tout bruit respiratoire (3), transmis par

---

(1) Il importe qu'après l'inspiration, l'individu ne ferme pas la glotte, et qu'il sente le passage de l'air libre dans le larynx; car, on conçoit qu'une interruption dans la continuité des voies respiratoires, doive empêcher le bruit que l'on produit contre l'isthme du pharynx, de retentir au-delà du point d'interruption.

(2) On remarque que le murmure vésiculaire est ordinairement plus fort à l'inspiration qu'à l'expiration. Pourquoi? c'est parce que dans l'inspiration, le retentissement a lieu dans le sens du mouvement de la colonne d'air, tandis qu'à l'expiration il se fait dans le sens opposé à ce mouvement.

(3) Outre les bruits de râles qui se forment ordinairement dans les divers points de l'arbre bronchique où on les entend, j'écarte aussi des bruits respiratoires par retentissement, le murmure amphorique que l'on n'observe que dans l'inspiration, et qui est produit au goulot étroit d'une cavité spacieuse anormale, par le refoulement de l'air qui entre, contre celui qui sort pour lui faire place.

l'auscultation, est le résultat du retentissement du bruit guttural dans la colonne d'air qui remplit l'arbre bronchique. Le choc que cette colonne éprouve contre l'isthme du pharynx, ou la glotte, soit à l'inspiration, soit à l'expiration, y détermine une oscillation qui se communique rapidement dans toute son étendue, et jusque dans ses moindres ramifications. On voit, d'après cela, que le retentissement respiratoire doit suivre, par sa forme et son étendue, tous les changemens de volume qu'éprouve la masse d'air par son passage dans des cavités de capacités différentes. C'est ce qui arrive en effet; le murmure trachéal est plus étendu, plus retentissant que celui des bronches, et tous deux le sont moins que celui de certaines cavernes spacieuses. Si le murmure d'expansion vésiculaire nous paraît si bruyant, cela tient à la quantité innombrable des points vésiculaires retentissans; quelques-uns seulement ne donneraient à l'oreille aucune sensation.

Je remarque aussi que l'absence de ce bruit vésiculaire autour de la bronche, par suite de l'imperméabilité des vésicules pulmonaires environnantes, est la condition nécessaire à la perception nette du souffle bronchique. Dans cet état des vésicules, le retentissement guttural de la bronche est isolé complètement du retentissement vésiculaire qui le masque dans l'état sain, et il arrive pur à l'oreille, en y apportant la sensation d'un tube parcouru par une colonne d'air. Il en est de même du souffle caverneux, qui n'est bien marqué que lorsque les vésicules pulmonaires, entourant la caverne, sont imperméables.

Si maintenant, que l'on est solidement fixé sur le terrain de la nouvelle explication, on fait un retour sur celle de Laennec, on se demandera comment il est possible que le passage de l'air sur les parois bronchiques produise les murmures respiratoires. Où est, dans cette hypothèse, la moindre condition au frottement qui doit imprimer une légère vibration à l'air? Comment supposer qu'il y en ait un,

entre la membrane lisse, unie, molle, des bronches, et l'air qu'elles contiennent ? On m'objectera, peut-être, qu'à l'inspiration l'air éprouve une sorte de refoulement, par le fait de son passage du calibre du tronc aux calibres plus étroits des branches. Mais, outre que l'anatomie nous apprend positivement que la capacité de l'arbre bronchique ne va rien moins qu'en diminuant du tronc aux branches, je demanderai comment on expliquera, de cette manière, le bruit d'expiration où l'air, d'après cette hypothèse, serait censé revenir d'un calibre plus étroit à un plus large ; où sera, dans ce dernier cas, la moindre condition au refoulement de l'air.

Il faut donc l'avouer, la théorie de Laennec ne repose sur rien de solide, c'est une supposition gratuite qui a été adoptée sans le moindre examen. Aussi, conçoit-on qu'avec elle on n'ait pu se rendre compte de certains états de la respiration, et que pour en expliquer d'autres, elle ait entraîné à des erreurs généralement accréditées : c'est que je vais démontrer à l'instant.

Tout le monde sait que le bruit respiratoire est accidentellement très-fort chez les pneumoniques, et qu'il l'est naturellement chez les enfans et certaines femmes nerveuses. C'est là ce qu'on appelle le bruit respiratoire puéril, dont on n'a pu donner jusqu'à présent aucune explication satisfaisante et qui s'explique de lui-même par la théorie que je propose. En effet, que se passe-t-il chez les pneumoniques qui le présentent ? On peut observer que chez eux la respiration est vite, fréquente ; l'air inspiré et expiré vient frapper brusquement le voile du palais ou les parties voisines ; il en résulte un bruit guttural manifeste, qui, d'après ce que nous avons dit, retentit dans les rameaux bronchiques et les vésicules avec toute l'intensité qu'il doit à l'accélération de la respiration. Cela est si vrai que, 1° on peut obtenir chez un individu sain une respiration puérile semblable à celle d'un pneumonique, en le faisant respirer

aussi vite et aussi bruyamment que lui, et que, 2° toutes les fois que, chez un pneumonique, il n'y a pas de respiration puérile, on n'observe pas non plus chez lui de bruit guttural bien marqué. Il suit de là, que le bruit guttural, exagéré par l'accélération de la respiration, est la cause du murmure vésiculaire exagéré du côté sain chez les pneumoniques, comme il est la cause de la grande intensité du souffle bronchique que l'on peut observer en même temps dans le côté malade.

Chez les enfans, où ce bruit d'expansion vésiculaire est porté à l'extrême, on observe que la respiration est très-accélérée, et que le bruit respiratoire de la gorge est si marqué qu'on peut l'entendre à quelques pas de distance. Mais ce n'est pas tout; le retentissement de ce bruit guttural dans la cavité thoracique est facilité parce que, 1° d'après la remarque de M. le professeur Andral, la proportion des voies aériennes sur les vaisseaux pulmonaires est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, et 2° parce que, dans l'enfance, la tête étant comme apposée sur les épaules, il s'en suit que l'arbre bronchique est très-rapproché de l'arrière-bouche, où se produit le bruit cause du murmure respiratoire. Ainsi donc, bruit guttural exagéré, retentissement facile de ce bruit dans la cavité thoracique; telles sont les causes de la grande énergie du murmure respiratoire chez les enfans.

La respiration *puérile* de certaines femmes sèches, nerveuses, s'explique à-peu-près de même : chez elles la respiration est accélérée, le bruit guttural dès-lors très-marqué, et son retentissement dans les voies respiratoires arrive d'autant mieux à l'oreille que la cavité thoracique est presque réduite à son squelette, par l'absence de la graisse et la minceur des muscles.

On voit donc, par ce qui précède, que le caractère *puéril* de l'expansion vésiculaire, constant et naturel chez les enfans, très-fréquent chez les pneumoniques et les femmes

nerveuses, tient à ce que l'accélération de la respiration produit un bruit guttural intense, dont le retentissement, dans les voies aériennes, est plus ou moins favorisé par l'organisation des parties. C'est l'application toute naturelle des principes que j'ai émis plus haut, à l'explication d'un phénomène toujours lié à la même cause, soit à l'état sain, soit à l'état pathologique.

Je vais signaler maintenant quelques erreurs introduites dans la pratique, comme conséquence de la théorie de Laennec.

Laennec ayant admis que le bruit respiratoire était produit par le fait même de la pénétration de l'air dans les poumons, en a conclu que l'air n'y pénétrait pas, lorsqu'on n'entendait rien à l'auscultation, et que d'ailleurs aucun épanchement dans la plèvre ne pouvait empêcher le bruit respiratoire d'arriver jusqu'à l'oreille. Ainsi, selon Laennec, l'air ne pénètre pas les voies bronchiques dans certains asthmes, parce que l'inspiration, quoique brusque, (1) n'y donne aucun murmure notable; il suppose que dans ce cas, l'introduction de l'air est empêchée par un *spasme particulier des bronches.* Il me suffira, pour prouver le peu de valeur de cette déduction théorique, d'établir ce qui se passe chez les asthmatiques, d'après les observations que j'ai faites sur ceux que j'ai eu l'occasion de voir à l'hôpital Necker.

Dans l'asthme, l'inspiration est brusque, instantanée, *silencieuse*, et ne donne aucun bruit guttural; pour la faire, le malade porte la tête en arrière, ouvre la bouche largement, et cela d'une manière convulsive; l'expiration, au contraire, est longue et bruyante à plusieurs pas de distance; si l'on percute, on obtient un son clair; si l'on ausculte, on n'entend à l'inspiration aucun bruit vésiculaire, bronchique ou trachéal, quoique le soulèvement

(1) Tome II, p. 80.

thoracique ait lieu, et soit vivement senti par l'oreille ; à l'expiration on entend un bruit respiratoire puéril, ou bien des râles sibilans d'intonations différentes. On voit, par cette courte exposition des symptômes les plus saillans de l'asthme, que le mouvement d'expiration est celui qui, par la longueur et sa difficulté, gène la respiration toute entière en s'opposant aux retours nécessaires des inspirations. C'est tout le contraire de l'œdème de la glotte, où l'état de dyspnée que l'on y remarque, est produit par une inspiration longue et sifflante, l'expiration se faisant vîte et facilement. Dans ces deux cas, il y a bien menace d'asphyxie par insuffisance d'air respirable, mais cette insuffisance tient à ce que, dans l'asthme l'entrée de l'air est rare, tandis que dans l'œdème de la glotte elle est longue et difficile. Ainsi donc, dans l'asthme, l'expiration est pénible, et il est tout naturel que, par compensation, l'inspiration soit brève et rapide, pour fournir au plus tôt de l'air atmosphérique au sang noir dont l'affluence dans les poumons doit être d'autant plus considérable que le temps d'expiration a été plus long. Aussi remarque t-on que, plus l'expiration a été longue, plus l'inspiration est brève et rapide, tout dans cette dernière étant disposé pour une prompte et facile introduction de l'air ; en effet, la tête est portée en arrière, la bouche largement ouverte, tous les muscles inspirateurs sont dans un état de spasme ; mais ce n'est pas, comme le pensait Laennec, un spasme *qui rétrécit les voies respiratoires*, c'est au contraire un spasme qui les dilate. Il suit de là que l'air, traversant rapidement et sans rencontrer d'obstacle, la bouche, le pharynx, la glotte convulsivement dilatés, il ne peut pas dès lors y avoir production de bruit guttural, ni par conséquent retentissement trachéal ou vésiculaire de ce bruit. Concluons donc que si, dans l'inspiration des asthmatiques, on n'entend aucun bruit respiratoire à l'auscultation, c'est parce qu'il ne s'en produit aucun à l'arrière-bouche, et non pas parce que l'air ne pénètre pas dans les

poumons. Au reste, cette pénétration de l'air dans l'inspiration est prouvée par la longueur même et la difficulté de l'expiration; car comment s'est introduit cet air que les puissances expiratrices ont tant de peine à expulser ? Et cependant, d'après la théorie de Laennec, il ne serait pas même arrivé jusqu'à la trachée, car on n'entend aucun bruit de souffle trachéal; d'ailleurs, comment expliquer cette brusque et notable ampliation des parois thoraciques dans l'inspiration si l'air extérieur ne vient pas, par son introduction dans les poumons, s'opposer à la formation d'un vide dans les plèvres, qui serait le résultat inévitable de l'écartement des côtes et de l'abaissement du diaphragme ? (1).

La même chose s'observe quelquefois dans l'anhélation après une course, l'action de monter rapidement un escalier, etc.; les deux temps de la respiration s'y font d'une manière vite, convulsive et presque égale, mais l'expiration est bruyante et l'inspiration tout-à-fait *silencieuse*. A l'auscultation on entend le bruit puéril dans l'expiration, mais dans l'inspiration on n'entend rien nulle part. On a, de même que dans l'asthme (2), conclu de cette absence du bruit respiratoire, que l'air ne pénétrait pas dans les voies bronchiques; mais, outre que l'explication physique de ce phénomène découle de ce j'ai dit précédemment, je ferai observer que dans l'anhélation la présence de l'air est plus nécessaire que jamais, attendu l'énergie de la circulation pulmonaire. D'ailleurs, son introduction dans les poumons est ici, de même que dans l'asthme, prouvée par l'amplia-

(1) Si, comme je viens de le prouver, l'air entre brusquement et violemment dans les voies respiratoires chez les asthmatiques, on ne peut s'empêcher de conclure que l'emphysème pulmonaire, si fréquent chez eux, ne soit le résultat de la distension ou de la déchirure des cellules bronchiques par cette violente introduction de l'air; il serait donc l'effet et non la cause de l'asthme, comme on l'a dit jusqu'à présent.

(2) *Traité de l'Auscultation*, t. II, p. 85.

tion de la cavité thoracique à l'inspiration, et le bruit respiratoire puéril de l'expiration.

On observe tous les jours des pleurésies, du pleurodynies très-douloureuses, où, bien que la percussion soit sonore, on n'entend rien à l'auscultation, et l'on en infère assez généralement que l'air n'arrive pas dans les poumons; cependant, qu'on examine de près, on verra que la respiration s'y fait d'une manière brève, entrecoupée, *silencieuse*; il n'est donc pas étonnant que l'on ne trouve à l'auscultation aucun bruit respiratoire.

On voit donc qu'il arrive souvent, dans certaines respirations laborieuses, convulsives, que la partie supérieure des voies respiratoires soit tellement dilatée que l'air la traverse sans refoulement et sans bruit. Sous ce rapport il y a une grande différence entre la respiration convulsive des asthmatiques, des personnes essoufflées, et la respiration simplement accélérée des enfans, des pneumoniques, chez qui le bruit guttural se produit d'une manière si remarquable. Dans le premier cas, la respiration est si laborieuse qu'il y a dilatation instinctive des orifices supérieurs des voies respiratoires, pour faciliter l'introduction de l'air, et par conséquent absence de bruit guttural; dans le second cas, la respiration n'est pas assez difficile pour que cette dilatation existe; aussi l'air vient-il frapper les rebords des orifices respiratoires, trop étroits pour que la masse, brusquement inspirée, puisse les traverser sans refoulement et par conséquent sans bruit guttural. Je ferai remarquer, à ce sujet, que l'inspiration silencieuse n'existe pas dans tous les cas d'asthme; on ne l'observe telle que dans ceux où la respiration est excessivement pénible, laborieuse, et où les voies respiratoires se dilatent spasmodiquement pour faciliter l'entrée rapide de l'air. Dans ceux où la respiration est moins gênée, et où, par conséquent, l'isthme du pharynx, la glotte ne sont pas convulsivement dilatés, l'air inspiré brusquement est refoulé par les ouvertures restées à leur

état naturel, et il se produit un bruit respiratoire remarquable. Ce sont là ces asthmes que Laennec a classés sous le nom *d'asthmes à respiration puérile* (1).

Il me reste maintenant à établir que les avantages de la théorie que je propose, ne se bornent pas à expliquer des faits qui avaient échappé à celle de Laennec, et à relever des erreurs qui s'étaient introduites avec elle dans la pratique ; on peut en tirer encore des conséquences directes pour le diagnostic de certaines affections des organes respiratoires et du cœur. Ainsi, par exemple, tout le monde sait que le bruit de frottement, de M. Reynaud, est surtout difficile à bien distinguer du murmure respiratoire avec lequel il se confond plus ou moins; eh bien! on l'obtiendra à son état d'intégrité parfaite, en recommandant au malade de respirer sans faire le moindre bruit. On pourra de même saisir quelques râles isolés de pneumonie lobulaire, ordinairement perdus dans le murmure de la respiration. Enfin, on se servira encore du même moyen pour apprécier les battemens obscurs du cœur et les bruits de cet organe qui se confondent souvent avec le retentissement vésiculaire. On fait quelquefois, dans ce but, suspendre la respiration, mais c'est, je crois, un mauvais moyen, attendu que cette suspension est fatigante pour le malade, et que la stagnation du sang qui en résulte doit imprimer momentanément des modifications aux battemens et bruits du cœur.

En résumé, je crois avoir prouvé que : 1° les différens bruits respiratoires, non-compliqués de râles, ne sont pas produits mécaniquement par le passage et le frottement de l'air contre les parois de l'arbre bronchique où on les entend.

2° Qu'ils sont produits par le retentissement dans toute la colonne d'air inspiré et expiré, du bruit résultant du re-

(1) Tome II, page 74.

foulement de cette colonne d'air contre le voile du palais ou les parties voisines.

3° Que tout bruit, produit dans les voies respiratoires supérieures, doit retentir dans l'arbre bronchique avec son caractère propre et son degré d'intensité. (1).

4° Que pour la pratique, on ne doit jamais conclure à la non-pénétration de l'air dans les poumons, avant d'avoir examiné s'il se produit un bruit guttural.

5° Que l'on peut, en faisant cesser le bruit guttural, faire cesser le murmure respiratoire qui en est le retentissement, et obtenir ainsi à leur état de pureté et de plénitude certains bruits du poumon, de la plèvre et du cœur, qui se confondent souvent avec lui, et que dès-lors il est impossible de bien saisir s'ils n'en sont isolés.

Mémoire sur un nouveau cas de trachéotomie pratiquée avec succès par le professeur Gerdy, dans la période extrême du croup; par A. T. CHRESTIEN, *D. M. M.*

Sans remonter au temps reculé d'Hippocrate, dans les œuvres de qui l'on trouve déjà quelques documens sur cette opération, j'arrive, tout d'abord, à celle que pratiqua, en 1825, M. Bretonneau, sur une petite fille de M. de Puységur. La jeune malade était menacée d'une mort si imminente, que sa guérison parut, au gens du monde, toute miraculeuse; et que, répétée de bouche en bouche, elle fut, pendant quelque temps, le sujet de toutes les conversations.

---

(1) Le bruit respiratoire de la gorge a du retentissement ailleurs que dans le thorax; on le perçoit encore à l'aide de l'auscultation sur la partie postérieure du col et dans les différens points de la tête. M. Bricheteau pense que c'est par ce retentissement céphalique du bruit guttural, qu'il faut expliquer le bruit de soufflet signalé chez les enfans hydrocéphaliques, par le docteur américain Fischer, et censé produit par le passage du sang dans les artères de la base du cerveau.

Mais fut-elle accueillie aussi favorablement par les médecins ? La réponse à cette question me paraît devoir être négative, car l'exemple du célèbre praticien de Tours ne fut suivi que par MM. Senn, Scoutetten et Trousseau, qui du moins furent les seuls, je crois, à consigner leurs résultats dans les journaux scientifiques. La plupart des médecins, uniquement occupés de la production, souvent renaissante, de la fausse membrane, ont cherché dans les préparations pharmaceutiques les moyens de la détruire ; et ils ont cru inutile d'ajouter aux souffrances que cause la maladie, les douleurs inévitables d'une opération chirurgicale. Et, de bonne foi, n'est-on pas autorisé à n'accueillir qu'avec une extrême réserve des succès extraordinaires ? Chaque jour ne voit-il pas préconiser des moyens thérapeutiques qui, le lendemain, mieux appréciés, sont condamnés à l'oubli ? C'est parce que de pareils exemples d'exagération se reproduisent de temps à autre, que beaucoup de médecins n'accordent qu'une confiance très-limitée aux succès insolites dont ils ne sont pas témoins ; et j'avoue que pour ma part je n'ai cru à la réussite de la trachéotomie, dans un cas extrême de croup, que depuis le jour où j'ai vu pratiquer cette opération par M. Gerdy et que j'en ai observé les suites.

Voici le fait : toutes les circonstances antécédentes à l'opération ont été communiquées par M. Aubenas, médecin du malade.

Paul Cossager, âgé de quatre ans et demi, s'étant assis, le 3 juin 1834, sur un tertre humide, après avoir fait beaucoup d'exercice et avoir éprouvé une frayeur vive, ressentit de la douleur aux gencives qui furent le siége d'une fluxion. Le soir même de ce jour, l'enfant se plaignit de frisson et refusa de manger. Le lendemain il toussait et sa toux avait déjà un accent particulier. Jusqu'au 7 il y eut chaque nuit des accès de dyspnée qui augmentèrent progressivement d'intensité et, pendant le jour, l'enfant se

livrait à ses jeux ordinaires. M. Aubenas prescrivit, aussitôt qu'il fut appelé, une application de sangsues à la partie antérieure du cou; il formula une potion émétisée et ordonna de mettre un vésicatoire à la nuque,

Le 8, le vésicatoire fut pansé; une nouvelle application de sangsues fut faite et la potion émétisée fut continuée. Ces moyens semblèrent d'abord enrayer la marche de la maladie; mais celle-ci prit, dans la nuit du 8 au 9, un caractère d'intensité des plus effrayans. Le larynx était douloureux et le cou tuméfié; la face était bouffie, violacée et recouverte d'une sueur froide; l'inspiration, sifflante, n'introduisait qu'une faible quantité d'air; la toux, de rauque qu'elle était, avait pris un caractère d'aphonie effrayant; l'enfant se levait brusquement, jetait sa tête en arrière et portait ses mains au cou avec effroi, comme s'il eût voulu arracher l'obstacle qui gênait sa respiration. Le pouls était petit, fréquent, et présentait un peu d'intermittence. Un léger amendement de ces symptômes séparait les accès qu'ils constituaient et dont le nombre s'élevait à huit ou dix, quand M. Aubenas, ne voyant de salut pour son jeune malade que dans la trachéotomie, appela M. Gerdy en consultation. A l'arrivée de ce professeur, comme la chose avait eu lieu plusieurs fois à l'arrivée de M. Aubenas, les symptômes diminuèrent subitement d'intensité, et cette diminution fut si sensible que M. Gerdy, après avoir d'ailleurs fait ouvrir la bouche à l'enfant et n'avoir pu y constater, ni rougeur anormale ni fausses membranes, témoigna le désir d'attendre quelques heures encore, mais de nouveaux accès survinrent bientôt. A leur approche, l'enfant se dressait sur son séant d'un air égaré; et puis les muscles sternomastoïdiens, se roidissant comme des cordes, des fossettes profondes se dessinaient au-dessus du sternum et de chacune des deux clavicules, tandis que le cou se gonflait énormément. Ce gonflement était produit par le sang veineux que refoulait le resserrement du thorax.

dans l'expiration. L'opération fut pratiquée à deux heures après midi, le 10 juin.

L'appareil instrumental se composait d'un bistouri droit, d'un bistouri convexe et du bistouri herniaire de M. Gerdy, qui présente une languette métallique dépassant le tranchant de deux ou trois lignes, et unie avec la lame à angle droit; de pinces à disséquer, de ciseaux courbes, de ciseaux droits, d'une sonde cannelée, d'airignes mousses, de canules d'argent de différens diamètres et garnies de leurs rubans : des éponges mouillées et des fils cirés furent aussi disposés pour l'opération.

L'enfant fut couché dans un lit, d'une hauteur commode et bien éclairé; un oreiller roulé fut placé derrière le cou pour faire saillir le larynx, et le jeune malade fut maintenu par deux aides. M. Aubenas voulut bien assister M. Gerdy dans cette opération, que je n'appelerai pas difficile, par égard pour M. Trousseau (1), mais qui est du moins très-délicate.

Placé à droite de l'enfant, l'opérateur fit au-devant du cou un pli transversal dont il tint lui-même une extrémité et dont il confia l'autre à un aide. Avec le bistouri droit il divisa ce pli jusqu'à sa base, de manière à avoir une inci-

(1) Je ne conçois pas pourquoi M. Trousseau a dit dans un premier mémoire sur la trachéotomie (*a*), *l'opération est facile ;* et dans un second (*b*), *la trachéotomie, en tant qu'œuvre chirurgicale, est presque aussi facile que la plupart des amputations.* Rien n'est facile pour un ignorant, rien n'est difficile pour celui qui connaît son art; et quand M. Trousseau ajoute : *j'en juge par moi qui ne me livre qu'accidentellement à la pratique de la chirurgie*, c'est un acte de modestie qui ne m'empêche pas de croire celui de qui il émane capable de pratiquer toutes les opérations chirurgicales. La trachéotomie n'est pas pénible, comme certains accouchemens, par exemple, mais c'est une opération minutieuse et délicate : elle exige des connaissances anatomiques exactes, de l'adresse et du sang-froid.

(*a*) *Journal des Connaissances médico-chirurg.*, p. 41.
(*b*) *Loco citato*, p. 289.

sion étendue du larynx au sternum. Le tissu cellulaire fut disséqué avec le bistouri convexe, et bientôt le *fascia cervicalis* se présenta à nos regards. Un jet de sang rouge et saccadé fit croire d'abord que le vaisseau qui le fournissait était artériel; mais les saccades coïncidant avec les mouvemens d'expiration, il fut bientôt évident que ce sang provenait d'une veine musculaire sur laquelle un aide mit le doigt. Les bords de la plaie et les muscles sterno-mastoïdiens furent écartés au moyen de deux airignes mousses.

Reprenant la dissection nécessaire pour découvrir la trachée, l'opérateur incisa la lame profonde du *fascia cervicalis* : aussitôt l'air pénétra au-dessous et fut rejeté ensuite en sifflant, comme s'il eût été expulsé de la trachée. Néanmoins M. Gerdy ne s'en laissa pas imposer : l'incision faite au *fascia* fut aussitôt aggrandie avec le bistouri droit qui servit aussi à ouvrir la trachée vers le sternum. Cette incision de la trachée fut aggrandie de bas en haut, à l'aide du bistouri herniaire décrit ci-dessus et qui est très-commode pour la trachéotomie, parce que, d'une part, il agit comme un bistouri boutonné, et que de l'autre, il ne sort de la trachée que lorsqu'on a volontairement dégagé l'espèce de crochet à angle droit que forme son extrémité coudée et obtuse.

A peine la trachée fût-elle ouverte que des mucosités sanguinolentes, entraînées au-dehors par l'air expiré, jaillirent par la plaie; mais elles furent aussitôt entrainées en sens inverse dans la trachée par l'air inspiré. Les lèvres de l'incision, entraînées en dedans par la même cause et le même mécanisme, s'opposèrent en se rapprochant à la libre rentrée de l'air. Ces mouvemens alternatifs se succédaient avec rapidité; une toux violente les accompagnait et l'enfant semblait près de suffoquer entre les mains de l'opérateur. Ce spectacle fut tellement effrayant qu'un des assistans fut obligé de se retirer. Deux ou trois fois l'opérateur présenta la canule à l'ouverture de la trachée pour

l'y introduire; deux ou trois fois la canule glissa sans entrer dans le conduit aérien. Les dilatateurs en pinces, qu'il employait pour tenir écartées les lèvres de l'incision, ne répondirent pas à son attente. Impatienté d'une semblable résistance qui prolongeait les risques de la suffocation, M. Gerdy fixa plus fermement la trachée entre deux doigts, poussa la canule avec plus de force entre les lèvres de ce conduit, dans un nouveau mouvement d'inspiration, et l'y plaça enfin; mais elle aurait été bientôt expulsée si l'opérateur ne l'eût fixée au moyen de rubans qui furent liés autour du cou.

A peine la canule fut-elle introduite, que l'orage de la suffocation se dissipa : le malade fut immédiatement soulagé, et son visage, cessant d'exprimer l'inquiétude qui le tourmentait auparavant, ne portait plus d'autre empreinte que celle de l'étonnement, si naturel à celui qui réfléchit aux changemens extraordinaires qui viennent de se passer autour de lui. Peu après il fit signe de lui donner à boire; il avala deux verres de tisanne, et le sommeil vint bientôt lui faire oublier les douleurs de l'opération qu'il avait d'ailleurs supportée assez patiemment.

Le pouls, auparavant petit et fréquent, reprit de l'ampleur et se ralentit.

Le malade fut confié aux soins d'une garde intelligente qui fut chargée de veiller sans cesse, 1° à ce qu'il ne portât pas les mains à la canule; 2° à ce que celle-ci fût toujours recouverte d'une éponge mince, imbibée d'eau tiède, afin que la trachée pût en recevoir l'humidité; 3° à ce que, un crachat se présentant, il ne restât pas à l'orifice de la canule. Il lui fut donné à cet effet une tige de baleine fort mince et partant très-flexible, armée, à l'une de ses extrémités, d'un petit morceau d'éponge très-solidement fixé. Cet instrument ne servait pas seulement à saisir les mucosités qui se présentent à l'orifice de la canule, mais encore à aller les chercher jusque dans la trachée-artère.

Après quelques heures de sommeil l'enfant se réveilla tranquille et content; à la teinte violacée que présentait auparavant son visage, succédait un coloris animé qui rassura les parens, naguère désespérés; il leur raconta par gestes ce que lui avait été fait.

Malgré l'amélioration notable qui est survenue dans l'état du jeune malade, il ne faut pas croire que tous les accidens morbides sont dissipés, et je vais indiquer ceux qui se sont présentés après l'opération (1).

10 (jour de l'opération). L'enfant a eu quelques quintes de toux et a rendu des crachats qui ne se mêlaient pas à l'eau, et dont quelques-uns ressemblaient aux mucosités intestinales floconneuses, que le vulgaire compare à la *râclure de boyaux*. La poitrine, examinée avec soin, il a été constaté que l'air pénétrait librement dans toute l'étendue des poumons. On n'entendait du râle muqueux que dans quelques points.

11 au matin. Il n'y a eu dans la nuit que cinq ou six accès de toux avec expectoration de mucosités floconneuses et de quelques lambeaux de fausses membranes. La respiration est libre, bien que le râle muqueux se fasse entendre dans quelques points du côté gauche de la poitrine.

Les conseils donnés à la garde sont suivis si ponctuellement que la canule est libre, et qu'il n'est pas besoin de l'extraire pour la nettoyer. M. Gerdy porte sur la mnqueuse trachéale, au moyen de l'éponge fixée à l'extrémité d'une baleine, quelques gouttes d'une solution d'un quart de nitrate d'argent dans de l'eau distillée. Il dit aux parens

(1) Cependant je suis loin de croire avec M. Trousseau, (*loco citato*, page 289), que, l'opération faite, on n'a reculé que de quelques heures la mort du malade, et que le traitemeut ultérieur est tout. J'accorde à l'opération plus d'importance que ne le fait M. Trousseau : je pense même que dans quelques cas elle pourra avoir les honneurs de la guérison ; mais le développement de cette idée m'entraînerait trop loin : il sera le sujet d'un autre mémoire.

de continuer au malade une tisane pectorale qu'avait prescrite M. Aubenas.

11 au soir : le râle muqueux est un peu plus prononcé, et la canule est un peu embarrassée. M. Gerdy parvient pourtant à la nettoyer sans la retirer, et ses manœuvres déterminent l'expulsion de nouveaux crachats muqueux. Quand la canule est bien nettoyée, M. Gerdy procède à une seconde cautérisation de la muqueuse trachéale, et, à l'imitation de M. Trousseau, il élève au tiers la dose du nitrate métallique.

12. Le malade a été plus agité par la toux pendant la nuit dernière que pendant celle qui l'avait précédée : en outre des crachats floconneux, il y a eu expulsion de fausses membranes. Les muscles de la poitrine exécutent avec régularité les mouvemens respiratoires ; mais l'auscultation décèle un râle sibilant dans le poumon gauche, et la canule, embarrassée par des matières pseudo-membraneuses ou simplement visqueuses, cause un râle trachéal très-prononcé. M. Gerdy parvient encore à nettoyer la canule sans la retirer, et il procède ensuite à une nouvelle cautérisation avec la dissolution concentrée.

13. Quelques symptômes de pneumonie se manifestent ; la toux est opiniâtre, les crachats sont rouillés, le pouls redevient fréquent. Cette nouvelle scène étant attribuée aux cautérisations faites avec la dissolution concentrée, des instillations de liquides mucilagineux sont faites dans la trachée, des cataplasmes émolliens sont appliqués autour du thorax ; des boissons chaudes et sucrées sont administrées à l'enfant. Dès le soir même il y a une diminution notable dans la toux et la fièvre. Les caractères fâcheux de l'expectoration ne disparaissent que dans les jours suivans. Quelques alimens sont permis quelques jours après.

17. La canule paraît ne plus servir à la respiration de l'enfant, car on peut la boucher sans causer aucun signe de suffocation ; aussi est-elle enlevée. Mais la respiration

est un peu plus pénible que lorsque la canule était en place.

18. M. Gerdy substitue à la première canule une seconde qui est un peu plus courbée. Il l'introduit au moyen d'une grosse sonde canelée qui lui sert de mandrin et qui dépasse de quelques lignes l'extrémité inférieure de la canule. Cette sonde, terminée par une extrémité conique, permet à l'opérateur de placer la canule avec la plus grande facilité. Cette seconde canule, en raison de sa courbure plus prononcée, offre l'avantage de tenir plus solidement dans la trachée; mais elle est plus difficile à nettoyer. On la remplace par la première.

27. La canule est retirée pour toujours : l'enfant a recouvré la voix.

4 juillet. L'occlusion est à-peu-près complète; il a suffi, pour en opérer la cicatrisation, de réprimer, au moyen du nitrate d'argent, les bourgeons charnus.

D'après ce fait, que j'ai observé avec autant de soin que d'intérêt, et auquel s'en joignent treize autres publiés jusqu'à ce jour, depuis 1825 seulement, il est démontré pour moi qu'il y a bien plus d'inhumanité à laisser mourir le malade, sans tâcher de le rappeler à la vie par une opération chirurgicale, que d'augmenter un peu la somme de ses souffrances. Il est très-probable que les quatorze sujets chez lesquels on a pratiqué avec succès la trachéotomie auraient succombé sans elle, et il est sûr que l'on pourrait sauver par cette opération plusieurs des infortunés qui meurent du croup sans qu'on la tente. Aussi ne suis-je plus surpris des énergiques vitupérations que l'on trouve chez quelques écrivains de l'antiquité, partisans de la trachéotomie, et qui traitaient de lâches et d'homicides ceux qui n'osaient pas pratiquer cette opération.

Voici du reste ce que pense M. Gerdy sur les indications de l'opération, sur l'opération elle-même, et sur la conduite à tenir après l'opération.

1.° Le croup est une maladie si grave, à laquelle tant

d'enfans succombent, et l'influence des moyens thérapeutiques médicaux lui paraît si faible et si bornée, que contradictoirement à M. Trousseau, il croit qu'on ne doit pas attendre que le cas soit désespéré pour opérer, et s'il attendit quelques heures chez le jeune malade dont je viens de rapporter l'histoire, c'est que le professeur Gerdy a pour règle de ne pas pratiquer d'opération avant qu'il en ait constaté lui-même la nécessité.

2.° M. Gerdy ne pense pas que l'opération puisse devenir dangereuse chez les enfans par la section des veines sous-thyroïdiennes. Il ne comprend pas que, rampant devant la trachée-artère, et n'étant ni dilatées ni tenues béantes par les tissus environnans, elles puissent, au moment de l'inspiration, présenter un canal vide par où l'air extérieur se précipite dans le cœur. D'ailleurs il ne regarde pas, comme bien démontré, ce que l'on a avancé sur les dangers de l'air dans les veines, et sur l'observation du professeur Dupuytren que l'on apporte à l'appui. Je sais pour mon propre compte, que feu le professeur Delpech ayant voulu aussi nous persuader que si un homme, à qui il avait pratiqué la désarticulation d'un bras pour un fongus hœmatodes effrayant, avait expiré sous le couteau, ce n'était pas à la perte du sang, mais bien à l'introduction de l'air dans le cœur, qu'on devait attribuer la mort; ses raisons et ses expériences ne me parurent pas convaincantes. D'ailleurs, en admettant comme bien fondées les craintes de quelques chirurgiens à cet égard, à quoi bon s'en tourmenter? Les aides qui écartent les lèvres de la plaie comprimeront aisément les veines sous-thyroïdiennes, ou bien lorsqu'il devra en couper quelques-unes, le chirurgien pourra, suivant M. Gerdy, les isoler auparavant dans l'étendue de quelques lignes; il pourra même alors les renverser sur elles-mêmes. Enfin il pourra les lier momentanément pour les couper entre la ligature et le cœur, quand, l'opération étant achevée, la circulation devenue libre se fera avec facilité, et que les veines sous-thyroïdiennes ne donneront plus de sang.

Au lieu des pinces et des crochets proposés pour ouvrir l'incision de la trachée et favoriser l'introduction de la canule, M. Gerdy propose d'introduire dans celle-ci une bougie de gomme élastique terminée par une extrémité conique. A l'aide de ce conducteur, qui agit ici comme celui à la faveur duquel on introduit le spéculum dans un vagin étroit ou dans le rectum, la canule devra pénétrer avec une grande facilité dans la trachée. L'utilité de ce procédé ressortira surtout lorsqu'il faudra introduire la canule dans la trachée, plusieurs jours après l'opération, alors que les lèvres de la plaie sont enflammées. On pourrait d'ailleurs éviter cette réintroduction en se servant d'une double canule : l'interne devrait dépasser de quelques lignes celle qui servirait de gaîne.

3.° La solution caustique dont se sert M. Trousseau (nitrate d'argent, 1 gros; eau distillée, 2 gros), paraît à M. Gerdy trop concentrée. Il pense qu'on doit l'affaiblir au moins de moitié, et qu'on pourrait peut-être même la supprimer sans danger; car la guérison lui paraît devoir être attribuée, dans certains cas, plus à l'opération qu'à la cautérisation. Ce n'est pourtant là qu'une opinion conçue *à priori*, et qu'il émet comme une pensée dont la justesse est à vérifier. Il faut aussi porter la plus grande attention à l'état des poumons, et se hâter d'instiller de temps en temps quelques gouttes d'eau tiède, si l'irritation causée par la solution caustique devient trop vive.

Pour prévenir la sécheresse de l'intérieur de la trachée et l'irritation qui pourrait y déterminer l'introduction directe de l'air, le professeur Gerdy recommande de couvrir l'ouverture supérieure de la canule avec un morceau d'éponge fine et mince. Ce morceau d'éponge devra être lavé souvent dans de l'eau tiède, afin qu'il ne se dessèche pas, et pour le débarrasser des mucosités qui viennent se prendre à lui.

Enfin la diète du malade doit être sévère ; il doit faire

usage de boissons mucilagineuses, gommeuses et quelquefois sédatives. Quelques grains de kermès peuvent être utiles dans certaines circonstances; le malade doit avoir le ventre libre, et quelques laxatifs peuvent être administrés durant le traitement.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches anatomico-pathologiques sur le nerf pneumo gastrique; par J. T. H. ALBERS, *de Bonn* (1); *suivies de quelques observations de maladies de ce nerf, par le docteur* HANKEL (2); *trad. de l'allemand par le docteur* G. RICHELOT.

Dans ces derniers temps, les pathologistes ont tourné leur attention vers le nerf pneumo-gastrique, dont l'état d'intégrité ou de maladie peut avoir tant d'influence sur la santé, à raison des fonctions importantes qui lui sont dévolues. Le docteur Albers n'a cessé de prendre note de l'état de ce nerf, dans toutes les autopsies qu'il a faites depuis neuf ans. Voici les résultats auxquels il est arrivé; il ne mentionne ici que les maladies où le nerf vague a été trouvé le plus souvent lésé d'une manière appréciable.

Le docteur Albers a ouvert les cadavres de quarante-sept sujets morts de la coqueluche. Trente-cinq avaient été victimes de l'épidémie qui sévissait à Bonn en 1826 et 1827. Douze moururent en 1829 et en 1830. La plupart avaient succombé dans la première période de la maladie; quelques-uns seulement dans la seconde. Dans tous ces cas les deux nerfs vagues ont été examinés depuis leur origine jusqu'au diaphragme. Ils ont été trouvés sans altération de

(1) *Rust's Magazin*, tome XLI, part. 1, page 120.
(2) *Ibid.*, tome XXXIX, part. 2, p. 223.

volume, de couleur ou de consistance, quarante-trois fois. Chez les quatre autres sujets, qui étaient scrofuleux et lymphatiques, le nerf vague du côté gauche fut trouvé une fois légèrement rouge, et celui du côté droit trois fois. Cette rougeur ne différait en rien de celle qu'on trouve dans le nerf vague des sujets pléthoriques morts de la fièvre typhoïde; elle existait toujours aussi du côté sur lequel le cadavre avait été placé.

Sur sept cas de dothinentérite, le nerf vague droit fut trouvé rouge deux fois, et le gauche une fois. La rougeur semblait tout extérieure. C'était plutôt une teinte répandue dans le tissu du névrilemme qu'une injection des capillaires du nerf. Elle s'effaçait si l'on plongeait le nerf pendant quelques heures dans l'eau froide. Le nerf et son névrilemme n'offraient plus alors aucune altération de couleur ni de consistance.

L'état du nerf vague était très-remarquable dans le cas suivant :

Ramollissement rouge du nerf pneumo-gastrique du côté gauche. — Un paysan âgé de 27 ans, robuste, fut pris, le 14 juillet 1828, d'un froid intense suivi de chaleur et de tremblement général. Vers le soir, la respiration devint gênée. Bientôt, anxiété, délire, trismus, tétanos, et mort vers le milieu de la nuit. On n'appela un médecin qu'une heure avant la mort du malade. Les moyens employés furent une saignée, une application de sangsues à la tête, des vésicatoires aux jambes, une potion nitrée avec le sel de Glauber.

Autopsie. — On ne trouva rien d'anormal, à cela près d'un état pléthorique général, et de l'altération suivante qui avait son siège dans le nerf vague du côté gauche. La portion cervicale de ce nerf était intimement rouge et un peu ramollie. Plongée dans l'eau froide, elle ne perdait que lentement sa coloration anormale, et devenait enfin d'un blanc-jaunâtre. On peut produire sur le cadavre, il

est vrai, une congestion semblable, et même une coloration aussi profonde, en disposant le sujet de manière à ce que le cou soit abaissé et la tête élevée; mais alors l'eau emporte le sang, et le nerf recouvre complètement sa couleur normale, ce qui n'eut pas lieu ici.

Chez quinze sujets morts de phthisie tuberculeuse, on trouva les deux nerfs vagues développés d'une manière remarquable. L'un des deux nerfs, et particulièrement le droit, était beaucoup plus gros que l'autre. Cette différence entre le volume des deux nerfs était beaucoup plus marquée que celle qui s'observe à l'état normal. Ce développement morbide des nerfs vagues dans la phthisie n'est point rare; il a été observé par Swan et Descot.

Dans deux cas de cancer considérable de l'œsophage, le nerf récurrent était entièrement détruit par la suppuration.

Dans un autre cas, où il existait simultanément une perforation de la trachée-artère et de l'œsophage, le nerf vague était en partie détruit, ainsi que le nerf récurrent (1).

Dans un cas de cancer médullaire développé dans le médiastin, et qui comprimait la trachée-artère et l'œsophage, le nerf vague s'était développé au point de former une petite tumeur. La tumeur cancéreuse entourait tout le nerf; lorsqu'elle fut ouverte, on trouva que le nerf, dans l'intérieur de son névrilemme, formait une petite nodosité à l'intérieur de laquelle on trouva une substance semblable à celle que renfermait la tumeur (2).

Croup intermittent. — Développement tuberculeux des ganglions cervicaux et bronchiques; union intime du nerf vague du côté droit avec ces ganglions. — Le docteur Hankel fut appelé, le 4 juin 1820, auprès d'une petite fille

---

(1) Pour plus de détails, voyez *Ueber durchbohrende Geschwüre der Luft-und Speisewege.* (Græfe's *und* Walther's *Journ.* B. 19, Heft 1).

(2) Ce fait a été décrit par Mart. Jos. Tilgen, *Dissert. inaug. med. sistens obs. fung. medull. nervi vagi et partium adjac.* Bonnæ, 1830.

âgée de deux ans, qui présentait tous les symptômes du croup. L'enfant paraissait s'être bien portée jusque là; elle avait marché à l'âge ordinaire, mais elle ne parlait pas encore. Les glandes du cou étaient légèrement tuméfiées. Sa mère avait déjà perdu trois filles dans les premières années de la vie, presque subitement, au milieu de convulsions; elle avait quatre garçons bien portans. (Sangsues au cou; vomitif; calomel).

Le jour suivant, le bruit croupal avait disparu; toux légère et rare; respiration un peu précipitée; température de la peau médiocrement élevée. (Petites doses de calomel, etc.) Vers le soir, la petite malade paraissait guérie. (Extr. de jusquiame; espr. de Mind.; vin d'antimoine.)

La deuxième nuit fut bonne. Vers le matin, fièvre, toux croupale intense. A sept heures, on craignit pour la vie de l'enfant qui, à neuf heures, était gaie, sans toux et presque sans fièvre. Elle ne voulut rien avaler. (Frictions sur le cou avec un liniment volatil et avec l'onguent mercuriel).

Le jour suivant se passa tranquillement, mais la toux se renouvela le soir avec la même violence. L'enfant passa douze jours dans ces alternatives. Parfois elle était tranquille, gaie, puis tout-à-coup elle était prise de toux et de suffocation. Pendant la rémission, elle mangeait quelquefois avec beaucoup d'appétit. Les selles et les urines étaient normales. La petite malade, couchée dans son berceau, bien qu'éveillée, voulait toujours être bercée, et poussait des cris dès qu'on la touchait pour la prendre. Elle ne mangea point pendant les deux derniers jours de sa vie; son corps était couvert de sueur; elle était tranquille; elle s'éteignit d'une manière imperceptible.

Autopsie. — On ne put examiner que le cou et la poitrine. La trachée-artère était entourée par plusieurs glandes dégénérées et tuméfiées. Trois d'entre elles se faisaient remarquer par leur volume. La première était située sur la

bronche gauche, avec laquelle elle était unie par un tissu cellulaire serré; elle avait la grosseur d'une grosse noisette; la dissection y démontra une matière blanche, compacte, semblable à la matière tuberculeuse pulmonaire. A son extrémité supérieure, on observa un commencement de ramollissement de la grosseur d'un pois. La seconde, de la même grosseur que la première, était située dans la bifurcation de la trachée. Elle était unie à la troisième qui était un peu moins volumineuse, qui adhérait au côté droit de la trachée, et à laquelle le nerf vague était accolé. Ce nerf, qui d'ailleurs paraissait sain, était intimement uni à la glande malade par un tissu cellulaire très-dense. Du côté gauche, la substance pulmonaire faisait corps avec les glandes dégénérées, et contenait beaucoup de tubercules. Le sommet du poumon droit était infiltré de matière mélanique. La muqueuse bronchique parut saine.

Le docteur Hankel, s'appuyant sur ces résultats de l'autopsie, attribue la première attaque de croup à l'irritation produite par le ramollissement des glandes dégénérées; ramollissement qui n'a pu s'effectuer sans réaction des parties environnantes. Le traitement antiphlogistique suspendit pour quelque temps le travail du ramollissement et les symptômes qu'il avait provoqués. Les accès suivans furent causés par la marche de la maladie et le retour de l'irritation, et n'allèrent jamais jusqu'à la mort, qui fut le résultat de la paralysie complète du nerf vague.

Il arrive plus souvent qu'on ne le croit généralement, poursuit le docteur Hankel, que les affections de la poitrine, surtout les affections chroniques, consistent dans des altérations organiques, dans des tumeurs, etc., qui exercent une compression sur le nerf vague et l'irritent. Dans les ouvertures de cadavres, lorsque ces tumeurs n'ont point atteint un volume remarquable, elles ne frappent point les yeux, et si alors on trouve les poumons malades, on néglige la dissection minutieuse de ce nerf.

Ce médecin a trouvé deux fois les ganglions bronchiques entièrement ossifiés jusqu'auprès du nerf vague; un de ces faits a été publié (1).

M. Andral a rapporté un cas non moins remarquable pour les altérations anatomiques. Un homme, âgé de 24 ans, présentait depuis long-temps les symptômes suivans : bouffissure du visage ; œdème des paupières et des membres inférieurs ; respiration courte, serrée, et ne s'effectuant que par l'action des muscles pectoraux, de telle sorte que les poumons paraissaient entièrement paralysés ; le malade ne pouvait garder la position horizontale ; les lèvres et les ailes du nez étaient bleues ; le sthétoscope n'indiquait aucune maladie du cœur. La mort eut lieu inopinément au milieu d'une dyspnée intense. A l'autopsie, on trouva une portion du nerf vague enveloppée par des glandes tuberculeuses ; au-dessous de ce point, sa substance était dans un état d'induration cartilagineuse (2).

M. Montault a observé les symptômes de l'asthme, d'une affection organique du cœur, l'aphonie, etc., déterminés par la présence de tumeurs encéphaloïdes qui comprimaient les nerfs vagues (3).

La tumeur volumineuse qui fut trouvée dans le cadavre de Tzschirner, devait, par sa position, comprimer le nerf vague, qui probablement n'était point étranger aux symptômes observés pendant la vie (4).

Ici vient se placer naturellement l'observation intéressante consignée par le docteur Breventani, dans le *Bulletino delle Scienze mediche*, et qui paraît ne laisser aucun doute sur la part que prend le nerf pneumo-gastrique aux mouvemens du cœur (5).

(1) Hecker's, *Litterarische Annalen*, mai 1832, page 21.

(2) *Nouvelle Bibliothèque*, 1826.

(3) *Revue médicale*, 1831.

(4) *Nähere Erörterung der Krankheit*, etc. — *Examen de la maladie et des lésions organiques du ch. docteur Tzschirner, mort le 17 février* 1828; par le docteur F. Fels. Leipzig, 1828.

(5) *Gazette médicale*, 1824. Page 409.

Dyspnée ; ralentissement remarquable du pouls. — Adhérences des nerfs vagues avec les ganglions bronchiques tuberculeux, etc. — Maria Cocchi, âgée de 40 ans, s'était bien portée jusqu'à la fin de sa trentième année, lorsqu'à la suite d'une pneumonie elle fut prise d'aménorrhée, avec teinte chlorotique, douleur à l'estomac et respiration difficile. L'usage des ferrugineux rappela les règles, mais la couleur de la peau resta un peu altérée et la difficulté de respirer persista en montant les escaliers, ou dans de légères fatigues. Ses habitudes étaient modérées; elle n'avait point de passions fortes. En octobre 1832, s'étant plus fatiguée et ayant pris un peu plus de vin que de coutume, elle fut, durantplusieurs jours, accablée d'une torpeur générale jusqu'à ce qu'enfin elle perdit tout-à-coup connaissance. Revenue à elle même, la respiration resta plus difficile; le pouls, qu'elle avait habituellement lent, devint d'une lenteur extrême. Une saignée fut pratiquée. Néanmoins, durant cinq jours, les pertes de connaissance se renouvelèrent. Une nouvelle saignée et le sulfate de fer la soulagèrent un peu, mais sans ramener la liberté de la transpiration. Vingt jours après, au contraire, la dyspnée augmenta; la malade fut prise d'une douleur à la pointe du cœur, accompagnée de vomissemens, d'insomnie et de délire. On la saigna, on lui mit des sangues, on lui fit des frictions avec la pommade d'Autenrieth sur l'épigastre, sans qu'il apparut un mouvement de fièvre. Enfin, après dix jours de ce traitement elle entra à l'hôpital le 18 novembre.

Cette femme avait une tête volumineuse, le cou court, le thorax ample et bien conformé, le ventre chargé d'embonpoint. Point de céphalalgie; respiration difficile; la carotide droite battait un peu plus fort que l'autre; le pouls était synchrône aux battemens du cœur, et si lent, qu'on ne comptait que vingt-huit pulsations par minute. L'épigastre était douloureux à la pression; le ventre était libre. On crut d'abord à un vice organique du cœur; la limonade

sulfurique fut essayée, mais elle déterminait des accès de toux, et l'on s'en tint à une diète rigoureuse, avec l'eau panée pour boisson.

Au bout de trois jours, la dyspnée et les autres symptômes étaient augmentés; le pouls tombé à 25; les urines sédimenteuses. On fit une saignée de huit onces qui donna un sang tout-à-fait naturel; après quoi, le pouls revint à 28. On explora à l'aide du stéthoscope; la respiration s'entendait partout, mais elle était puérile; les bruits du cœur étaient réguliers, un peu plus forts, et s'entendant dans une plus grande étendue que d'ordinaire; il y avait donc dilatation avec hypertrophie uniforme de ce viscère. Ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est qu'après le battement des oreillettes et des ventricules, suivait un temps de repos double de l'intervalle ordinaire.

A quelle cause attribuer ces phénomènes ? aucune altération organique n'en pouvant rendre compte, le docteur Breventani arriva par voie d'exclusion à cette conclusion : *qu'il s'agissait d'un obstacle à l'action des nerfs qui donnent le mouvement au cœur; et que, eu égard à la nature et à la marche des signes anamnestiques, l'obstacle était dû probablement à une compression permanente et croissante.* Ce diagnostic fut porté le quinzième jour de la maladie; la mort arriva vingt jours après. Outre les symptômes déjà indiqués, l'œdème s'empara des membres et gagna même le tronc. Divers moyens, et spécialement des vésicatoires, firent deux fois monter le pouls à 32 et même à 37 pulsations, après quoi il retombait à 25, toujours égal néanmoins dans son rythme et dans sa force. Après une nuit d'insomnie et de délire, elle se sentit tout-à-coup dans une prostration extrême; elle appela au secours; la respiration devint stertoreuse, la face extrêmement rouge, comme si on l'avait étranglée, et immédiatement après elle expira.

Autopsie. — Rien d'important dans le crâne, hors un

peu d'injection de la dure-mère et une dégénération granulaire très-circonscrite dans la portion syncipitale externe de cette membrane. Dans la poitrine, des adhérences pleurales de date récente. Les glandes bronchiques principales tuméfiées et pleines de concrétions calculeuses. Epanchement de sérosité jaune, transparente, dans les plèvres : il y en avait environ trois onces dans le péricarde. Le tissu du cœur sain ; ses cavités étaient d'un cinquième plus amples qu'à l'ordinaire ; elles contenaient des grumeaux de sang avec quelques portions fibreuses, mais toutes récentes ; l'aorte n'offrait que quelques plaques stéatomateuses. L'abdomen n'offrit rien d'important à noter.

Mais lorsqu'on en vint à disséquer les nerfs pneumo-gastriques, on trouva, un peu au-dessous du larynx, un tissu cellulaire engorgé, mêlé à une foule de petits ganglions tuméfiés et dans lesquels ces nerfs paraissaient intéressés. Celui du côté droit spécialement, considérablement développé, avant de passer derrière les bronches, adhérait à l'un des ganglions qu'on trouve communément en ce point, et d'une manière assez forte pour lui donner un aspect *tiraillé* et applati, et il avait contracté encore d'autres adhérences plus fortes avec les ganglions qui avoisinaient la division principale des bronches et qui, comme nous l'avons dit, étaient remplis de concrétions calculeuses.

Ramollissement du nerf vague du côté gauche, de la portion lombaire de la moelle épinière et de l'estomac. — N., âgé de 29 ans, né d'une mère hystérique et d'un père bien portant, n'avait éprouvé aucune maladie sérieuse dans son enfance et dans sa jeunesse. Il était mince, mais robuste, et d'un système nerveux si irritable, que les événemens les plus insignifians lui donnaient des émotions très-pénibles. Après quelques chagrins il fut pris d'hypochondrie, et perdit ses couleurs et son embonpoint. Cependant il mangeait et buvait comme à l'ordinaire et ses forces ne parurent pas diminuer. Le docteur Hankel, ne trouvant rien qui pût

faire croire à la lésion d'aucun viscère, donna quelques prescriptions qui eurent une heureuse influence. Le malade se plaignit moins et devint plus serein.

Le 18 mai 1827, le docteur Hankel fut consulté de nouveau. Dans la soirée du jour précédent et dans la dernière nuit, le malade avait été pris de vomissemens et de diarrhée. Le matin, il avait eu déjà deux selles liquides. Il était sans fièvre; langue nette; épigastre et abdomen indolens, même à une forte pression; il n'y avait de douleur que dans les efforts pour aller à la selle; les évacuations se composaient de mucosités verdâtres. Le malade assignait pour cause à son affection une course à cheval pendant laquelle il avait été pénétré par la pluie. Cependant, avant cette maladie, il avait tous les matins à son reveil, depuis quelque temps, une dyspnée qui le forçait d'aller à la fenêtre pour respirer plus librement et qui se dissipait très-promptement. L'état du malade resta le même jusqu'à la nuit du 25 mai, pendant laquelle la dyspnée fut très-intense. Du reste, les vomissemens se faisaient avec la plus grande facilité, le malade semblait cracher sans efforts ce qui était contenu dans son estomac. Aux symptômes ci-dessus indiqués, il faut ajouter la sécheresse de la peau, une sensation incommode de vacuité à l'épigastre, et quelquefois un resserrement spasmodique de la même région. Plus tard le malade ressentit des tiraillemens spasmodiques dans les mollets, un léger engourdissement au bout des doigts, de la tension vers l'hypogastre. Le docteur Hankel diagnostiqua une affection du nerf vague.

Le 28 mai, l'état pénible du malade parut céder à l'apparition de nombreuses plaques rouges sur la poitrine et sur les bras. Cette éruption disparut au bout de quelques jours, laissant le malade un peu mieux; mais l'insomnie et tous les autres symptômes ne tardèrent pas à reparaître.

Le 7 juin, agitation, serrement de poitrine, engourdissement des doigts et des orteils. Les jours suivans nouvelle amélioration.

Le 11 juin, douleur de la gorge; enrouement; toux; expectoration de mucosités visqueuses; déglutition facile; la bouche n'était ni rouge, ni tuméfiée; pouls médiocrement fréquent.

Le 14, vers le milieu de la nuit, dyspnée intense qui cède à l'emploi de la teinture de valériane.

Le 16, éruption sur le cou, la poitrine et les bras, de taches rouges et blanches. A l'instant même, l'état du malade parut s'améliorer; mais les symptômes revinrent avec plus de force. L'engourdissement des doigts et des orteils était tel qu'on pouvait les pincer sans que le malade s'en aperçût. Les mouvemens des mains et des bras s'exécutaient avec beaucoup de peine. Ces symptômes n'étaient point continus, ils alternaient avec un état plus supportable. Le même jour la douleur de gorge augmenta; le malade fut tourmenté plusieurs fois par une toux suivie d'expectoration abondante; la parole devint plus enrouée. Cependant la déglutition était facile et l'intelligence intacte.

Le 20 juin, visage abattu; yeux brillans, animés; peau inondée de sueur; taches rouges et blanches au front, à la poitrine et aux bras; dyspnée; anxiété; voix rauque, faible; toux avec expectoration abondante; mains à demi-paralysées; le malade serrait un peu plus fortement avec la main gauche qu'avec la droite; s'il voulait élever la main il élevait le bras, mais l'avant-bras retombait par son propre poids; il pouvait étendre et soulever ses pieds, mais les orteils avaient perdu, en grande partie, leur mobilité et leur sensibilité; le ventre était retiré à tel point que les parois abdominales touchaient presque la colonne vertébrale; pouls petit et faible, 90, variable, suivant que la respiration était libre ou gênée; soif vive; anorexie; selles rares; point de vomissemens; urine rare et claire. Le lendemain, sommeil agité; anxiété; parole inintelligible; douleur dans le larynx.

Le 24 juin, mêmes symptômes; agitation dans la nuit; vue confuse; tintement d'oreilles; pupille de grandeur naturelle, sensible à l'action de la lumière.

Le 25. Contre toute attente la nuit fut bonne; mais le matin les souffrances reprirent toute leur intensité; les forces paraissaient s'affaisser.

Le 26, après une nuit orageuse, l'agitation fut extrême tout le jour. Vers le soir, la respiration devint râlante; une sueur froide couvrit le visage; claquement des dents; pouls toujours de plus en plus petit et fréquent; intelligence parfaite jusqu'à la mort qui eut lieu vers la nuit dans un moment de calme.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Le cadavre répandait déjà beaucoup d'odeur, quoiqu'il n'offrit aucune marque extérieure de putréfaction. On voyait encore, çà-et-là, quelques traces de l'éruption; le ventre était encore fortement retiré, mais pas autant que pendant la vie. Le canal vertébral fut ouvert dans toute sa longueur. Sur la dure-mère et sur l'origine des nerfs de la moelle était une couche gélatiniforme, tremblante, que l'on enlevait facilement avec une éponge; au-dessous, la dure-mère était blanche et paraissait saine; la surface interne de la même membrane avait son aspect normal; elle renfermait deux ou trois drachmes de sérosité limpide; la pie-mère était gorgée de sang; l'arachnoïde était transparente. Dans la région lombaire on observa sur la moelle quatre éminences arrondies, hautes d'une à deux lignes, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille, dont le centre avait une couleur blanche, tandis que le rebord tirait sur le brun. Les autres portions de la moelle avaient leur couleur et leur consistance normales. Le docteur Hankel, ayant examiné avec soin les tumeurs ci-dessus désignées, remarqua qu'elles étaient formées par la substance ramollie de la moelle qui faisait hernie à travers une déchirure de l'arachnoïde. Les poumons offrirent pour toute lésion quelques

points d'induration et quelques petits tubercules durs. Le cœur et les gros vaisseaux n'offrirent rien d'anormal.

Les nerfs pneumo-gastriques furent ensuite disséqués. Le névrilemme du gauche offrait une rougeur remarquable; cette rougeur était tantôt claire, tantôt foncée; elle était due à un grand nombre de vaisseaux sanguins qui se ramifiaient sur lui, de telle sorte que cette coloration ne se propageait point dans l'épaisseur de cette membrane. La portion cervicale du nerf était plus volumineuse qu'à l'ordinaire, la pulpe nerveuse était comme détrempée avec de la sérosité et se liquéfiait facilement par la plus légère pression des doigts. Cet état était surtout évident dans le rameau postérieur ou pulmonaire; en le divisant il s'en écoulait quelques gouttes de sérosité limpide. La pulpe nerveuse avait sa couleur blanche naturelle. Le nerf vague, du côté droit, offrait également, sur son névrilemme, un grand nombre de vaisseaux gorgés de sang; mais sa substance était de couleur et de consistance normales.

Tous les viscères abdominaux étaient sains, excepté l'estomac qui était pâle et tellement ramolli, surtout vers le grand cul-de-sac, qu'il se déchirait lorsqu'on cherchait à le soulever. On n'observait ni coloration rouge, ni vaisseaux sanguins ramifiés à sa surface interne ou externe; il n'offrait point non plus l'état gélatineux qui s'observe dans le ramollissement de l'estomac chez les enfans.

A la jambe gauche on trouva une petite tumeur d'où il s'écoula, par l'incision, plein un dé de pus épais et blanc. A l'intérieur de la cavité qui renfermait ce pus, on remarqua quelques traces d'inflammation.

Le crâne ne fut pas ouvert.

Affection chronique des nerfs vagues; injection vive du névrilemme de celui du côté droit, avec tuméfaction et induration de sa pulpe nerveuse; ramollissement de celui du côté gauche et de quelques ganglions du grand sympathique. — N., âgé de 38 ans, avait été robuste et

bien portant jusqu'à sa jeunesse. Sa conduite était extrêmement régulière. Vers l'âge de 22 ou 23 ans, il commença à éprouver, après avoir été long-temps assis et occupé, une constriction de poitrine qui s'accompagnait de tristesse, mais qui se dissipait promptement par un tour de promenade au grand air. En 1822, il fut atteint par une épidémie de coqueluche qui régna dans son pays à cette époque; il en souffrit long-temps, mais elle ne parut laisser après elle aucun trouble notable dans la santé. Au bout d'un an environ, après un refroidissement au sortir du bal, il fut pris de spasmes violens de la poitrine qui le forcèrent à garder la chambre pendant plusieurs semaines. Ces spasmes laissèrent une telle irritabilité des organes thoraciques, que la moindre intempérie de l'air déterminait la constriction de la poitrine. Cet état dura un an, au bout duquel, après un second refroidissement, il devint beaucoup plus grave; car alors, outre la gêne de la respiration, il se manifesta des symptômes du côté des organes abdominaux. Après deux années, pendant lesquelles le malade fut diversement traité, et éprouva des alternatives d'amélioration et de rechute, il fut pris, le 24 mai 1825, d'une épistaxis si abondante que l'on craignit pour sa vie. Le docteur Hankel trouva le malade dans un état d'épuisement considérable; le sang ruisselait des deux narines; ce sang était vermeil, avait une grande tendance à se coaguler, de telle sorte qu'un long caillot pendait de chaque côté jusque sur la poitrine; la peau était décolorée et froide, recouverte d'une sueur froide; le pouls à peine perceptible; l'haleine froide; la voix presque éteinte. On arrêta le sang avec peine; l'hémorrhagie fut suivie de syncopes et d'une tendance irrésistible au sommeil que l'on put à peine empêcher. Toute la nuit se passa dans un délire tranquille; le malade ne fut remis qu'après quelques jours.

Le 30 juillet, nouvelle épistaxis. A cette époque seulement, le docteur Hankel fut chargé entièrement du trai-

tement du malade qu'il avait vu jusque là comme ami. Voici comment il décrit les attaques qui constituaient la maladie de ce jeune homme : Dans le commencement, par un changement subit de température, la respiration devenait courte, pénible ; le malade était obligé de se promener ; il conservait le libre usage de la parole et le timbre ordinaire de sa voix. Après une durée plus ou moins longue, un quart d'heure ou une demi-heure, l'accès se dissipait ; le malade se sentait affaibli et éprouvait le besoin de réparer ses forces avant de reprendre ses occupations ordinaires. A une époque plus avancée de la maladie, les accès devinrent plus intenses ; le malade était obligé de s'asseoir, tenait sa poitrine et sa tête dans l'attitude verticale, évitait de se remuer et de parler ; l'expiration était plus prolongée que l'inspiration ; dans cet acte, les lèvres s'alongeaient en avant comme pour siffler ; la peau devenait froide ; une sueur froide inondait le visage et les mains ; les forces étaient encore plus brisées ; le malade ne pouvait plus tenir sa poitrine et sa tête dans un plan vertical ; il appuyait ses deux mains sur ses cuisses : sa tête retombait sur la poitrine ; le timbre de sa voix s'altérait et dégénérait enfin en un enrouement bas ; les yeux étaient fixes en avant et offraient un éclat extraordinaire ; les traits du visage perdaient leur rondeur ; ils se contorsionnaient et dévoilaient l'angoisse intérieure ; le malade perdait le sentiment ; l'ouïe et la vue s'affaiblissaient. Triste et rentré en lui-même, il ne faisait entendre aucune plainte ; il évitait de répondre aux questions, ou bien s'il répondait à celles que le docteur Hankel lui adressait, c'était avec indifférence, à voix basse, souvent inintelligible. Pendant ces accès il n'avait aucun besoin, aucun désir d'être soulagé ; il n'implorait aucun secours, c'était une résignation apathique.

La durée de ces accès était très-variable ; quelquefois, surtout pendant les premières années, ils ne duraient

qu'une ou deux heures ; plus tard, un ou plusieurs jours. Vers la fin d'un accès, ou quand il était peu intense, il s'établissait une toux accompagnée d'une expectoration muqueuse abondante. Le retour des accès n'avait rien de déterminé. Suivant leur intensité ou leur durée, ils étaient suivis des phénomènes morbides suivans, sans ordre fixe :

Constriction permanente de la poitrine ; bouffissure du visage ; œdème des mains ; appétit diminué ou nul ; oppression à l'épigastre ; gonflement de la rate ; pesanteur à la région du foie ; coloration jaune du visage ; taches brunes de la peau ; œdème des membres inférieurs ; ascite et même anasarque au plus haut degré.

Cette description comprend la longue période de cinq années, pendant lesquelles le docteur Hankel vit le malade d'abord comme ami, et pendant les cinq dernières comme médecin. Par une étude attentive des symptômes, et par voie d'exclusion, il parvint à diagnostiquer une affection des nerfs vagues. Les symptômes qui se manifestaient du côté des viscères abdominaux furent attribués par lui à une souffrance momentanée de ces viscères déterminée par une influence nerveuse anormale, et non par une altération de leur tissu, soit que cette influence fâcheuse s'exerçât directement par les nerfs vagues eux-mêmes, soit qu'elle provînt de la connexion de ces nerfs avec les ganglions du sympathique. Suivant lui, la maladie du nerf vague était d'abord *dynamique*, et elle devint par la suite *organique ;* cette dernière circonstance lui fit porter un prognostic fâcheux.

Nous avons vu que l'état du malade était sujet à de fréquens changemens. Quelquefois il simulait une maladie du poumon ; quelquefois un affaiblissement général menaçait d'éteindre la vie, ou bien une hydropisie universelle faisait craindre la suffocation. Cependant tous ces symptômes disparaissaient à la suite d'une diarrhée, d'urines abondantes, de vomissemens, etc., ou bien les fonctions

troublées se rétablissaient peu-à-peu, l'appétit se réveillait; les forces du corps et de l'esprit se ranimaient à tel point, que le docteur Hankel était tout étonné de trouver son malade se promenant à grands pas, à cheval ou en voiture. Mais une circonstance lui ôtait tout espoir; c'est la maigreur constante du malade, qui se nourrissait très-bien, et dont l'appétit allait quelquefois jusqu'à la faim canine. Une chose digne de remarque, c'est que pendant toute la durée de la maladie, la soif fut constamment médiocre. Le malade avait même quelquefois de la répugnance pour boire. Lorsqu'il se promenait dans les jours les plus chauds de l'été, et lorsqu'il fumait, il ne sentait presque jamais le besoin de boire.

En septembre 1830, l'abdomen se tuméfia de nouveau, mais non à un degré aussi élevé qu'on l'avait vu plusieurs fois auparavant. On ne remarquait d'ailleurs aucun symptôme qui pût faire craindre prochainement pour la vie, lorsque tout-à-coup il se manifesta des mouvemens convulsifs des membres supérieurs, avec perte de connaissance. Le visage était décomposé, la respiration difficile; les convulsions prenaient naissance dans les muscles du visage et se propageaient aux membres supérieurs. Une chose remarquable, c'est que ces accès se renouvelaient exactement de quinze en quinze minutes, tantôt plus forts, tantôt plus faibles. Ces phénomènes durèrent vingt-quatre heures, et furent suivis de la mort.

Autopsie. — Visage, poitrine et membres supérieurs amaigris; abdomen distendu par l'ascite; membres inférieurs infiltrés; un peu de sérosité claire entre la dure-mère et l'arachnoïde; environ une demi once du même liquide dans les ventricules latéraux; substance du cerveau et de la moelle alongée saine; rien de remarquable dans les poumons; dans l'abdomen, quelques livres de sérosité jaunâtre non coagulable par l'alcohol ni par la chaleur, ce qui avait été observé pour l'urine pendant la vie; aucune

altération appréciable dans les organes de cette cavité. Les nerfs vagues offrirent les altérations suivantes : à droite, dans l'endroit où la portion cervicale s'unit à la portion thoracique, le névrilemme était recouvert d'un grand nombre de vaisseaux sanguins qui se ramifiaient sur lui ; le tissu de cette membrane n'était pas rouge ; la pulpe nerveuse était un peu épaissie, plus ferme qu'à l'ordinaire, mais de couleur normale. A gauche, dans le même endroit, le nerf était moins gros qu'à droite, mais dans un état tel de ramollissement, qu'on l'écrasait facilement entre les doigts. Le plexus cœliaque était également moins consistant qu'à l'ordinaire. Le canal vertébral fut ouvert, en enlevant le corps de quelques vertèbres dorsales, mais dans cette étendue la moelle était saine.

Depuis long-temps on a fait jouer un rôle important au nerf vague, dans les affections des viscères thoraciques qui s'accompagnent de symptômes nerveux. Mais Sachs est le premier, du moins en Allemagne, qui ait attiré convenablement l'attention des médecins vers des recherches de ce genre (1). Ce sujet mérite d'ailleurs tout l'intérêt des pathologistes.

De la coxalgie et de la coxarthrocace; par FRICKE (1).

On confond assez généralement, dit Fricke, sous les noms de *coxalgie*, de *coxarthrocace*, de *morbus coxarius*, de *luxation spontanée du fémur*, etc., deux maladies assez ressemblantes par leurs symptômes, mais très-différentes par leur nature. L'auteur nomme l'une *coxarthrocace*, l'autre *coxalgie*. Dans la première, l'articulation coxo-fémorale et ses annexes sont réellement le siège

---

(1) *Handbuch der natürlichen Systems der practischen medicin; von* L. W. Sachs. Leipzig, 1833. Tome I, p. 289.

(2) Extrait de l'*Allgemeine Medicinische Zeitung* (nov. et déc. 1833), par le docteur CHAMBEYRON.

primitif du mal; dans la seconde il existe une altération, soit des muscles de la cuisse, soit de la force réactive des nerfs qui s'y distribuent. Cette dernière affection peut, dans certaines circonstances, passer à la première dont elle ne diffère, suivant les auteurs, que par la chronicité de sa marche. Les dissemblances sont plus tranchées que les partisans de cette dernière opinion ne le supposent.

Invasion. — Dans la coxarthrocace, l'invasion est brusque, foudroyante; les symptômes se groupent avec rapidité. Si l'inflammation est chronique, ils présentent moins de violence; et le malade passe plusieurs mois avant que la difficulté de la marche arrive au point de le contraindre au repos. La douleur se manifeste d'abord à la hanche, puis au côté interne du genou; dans le premier point elle augmente par le mouvement et par la pression; cela n'arrive pas dans le second. La claudication survient, la fièvre se déclare, à moins que la maladie ne soit chronique. Il y a gonflement et chaleur dans la partie affectée; le pied se tourne en dehors et n'est pas facile à ramener en dedans. L'extrémité malade paraît avoir conservé sa longueur ou même s'être alongée; mais dans le fait *elle est toujours raccourcie.* Les muscles de la cuisse sont fermes au toucher. — La coxalgie débute sourdement; aucun symptôme inflammatoire ne l'accompagne. La douleur est insignifiante, et pourtant le malade, gêné dans la marche, cherche fréquemment à s'asseoir. Quand la douleur se manifeste elle a son siège aux points d'attache des muscles du bassin et quelquefois de ceux du genou. La pression sur le grand trochanter et dans l'aine n'est point douloureuse; le mouvement ne l'est pas davantage, bien que le malade traîne la jambe. La fesse est molle et pendante, la température du membre est normale, le pied tourné en dehors, mais facile à ramener; *il y a toujours alongement* de l'extrémité (1 à quatre pouces); jamais de raccourcissement. Les muscles sont mous et flasques.

Symptômes. — 1.° Dans la coxarthrocace, la douleur est énergique, fixe, continue, circonscrite autour de l'articulation, jusqu'au moment où elle se fait sentir au genou. Dans la coxalgie elle est faible ou même nulle au début; quand elle survient elle dépend *de ce que l'inaction de certains muscles force les autres à un surcroît d'action;* elle est vague, diffuse dans toute la cuisse, et plus caractérisée aux points d'attache musculaire; un court repos la dissipe. 2.° La douleur du genou est analogue à celle que les calculs vésicaux déterminent dans la fosse naviculaire, à celle que les affections du foie déterminent dans l'épaule droite; elle est le résultat sympathique d'une altération organique, matérielle. Elle ne saurait donc exister dans la coxalgie, à moins qu'elle ne dépende du tiraillement et de la fatigue des tendons des muscles couturier, grêle, demi-tendineux et demi-aponévrotique qui s'attachent à la tubérosité interne du tibia, ou bien à moins que la maladie ne tende à la forme inflammatoire. 3.° Dans la coxarthrocace, la douleur occasionne la claudication, la pointe du pied porte seule à terre, la rotation de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ne s'exécute pas; elle est remplacée par un mouvement marqué du bassin. Dans la coxalgie, la marche est traînante, mais non boîteuse; le pied porte sur son bord externe. Nous avons déjà parlé du gonflement des parties voisines du trochanter dans la coxarthrocace, et de l'applatissement de la fesse dans la coxalgie.

4.° Un symptôme non moins important, et dans l'appréciation duquel le savant médecin allemand s'écarte singulièrement des opinions reçues, c'est la variation de longueur du membre affecté.

On s'accorde, dit-il, à considérer l'alongement comme un phénomène inséparable du premier stade de la maladie, et l'on disserte sur les causes sans s'assurer, par des recherches directes, de la réalité de l'effet. L'on accuse tour-à-tour l'épanchement de la synovie, le gonflement des

parties molles inter-articulaires, ou même de la tête du fémur, le relâchement des ligamens et des muscles, la destruction du bord inférieur de la cavité cotyloïde, l'inclinaison du bassin et la déviation de la colonne vertébrale. (*Voyez* dans le N.° de février 1834 de ce Journal, le résultat des observations de Dzondi). Il serait inutile de rappeler les diverses objections auxquelles ces explications ont donné lieu. Voici celles que Fricke leur oppose.

Au moyen d'une longue incision pratiquée sur le cadavre au côté externe de la cuisse, il a mis à nu, puis luxé la tête du fémur; il l'a fait rentrer dans la cavité cotyloïde, après l'avoir enveloppée de linge de manière à lui donner quatre ou cinq lignes de plus de diamètre: l'examen le plus attentif et le plus minutieux n'a fait découvrir aucune différence de longueur, quelque légère qu'elle pût être, entre les deux membres; en portant l'augmentation du volume de fémur au-delà de six lignes, on obtient à peine une ligne d'alongement. L'expérience répétée sur un certain nombre de sujets a toujours donné les mêmes résultats. Fricke en tire cette conclusion, que le gonflement des parties molles inter-articulaires, l'augmentation de volume de la tête du fémur, la diminution de profondeur de la cavité articulaire, ne peuvent être considérées comme des causes d'alongement du membre malade.

Il se refuse également à croire que le relâchement des ligamens et des muscles puisse s'allier avec un état inflammatoire de ces parties encore rapproché de son début; suivant lui donc toutes les observations sont à recommencer. C'est le parti qu'il a pris; et il s'est enfin assuré, après bien des recherches, *que dans tous les cas où l'articulation coxo-fémorale est le siège d'une inflammation, bien que l'extrémité malade paraisse alongée, elle est néanmoins raccourcie, même lorsque l'alongement prétendu semble s'élever à un pouce.* Les muscles de la cuisse, contractés par la douleur appliquent avec énergie la tête du fémur

contre le fond de l'*acetabulum*, et le malade, poussé par un besoin instinctif, abaisse fortement le côté correspondant du bassin, comme si par ce mouvement, il rémédiait à l'effet de la contraction musculaire. Un phénomène analogue a lieu lorsqu'un homme, étendu sur le dos, cherche à alonger une des jambes; il élève une des hanches et abaisse l'autre; l'alongement du membre est égal à l'abaissement du côté correspondant du bassin; mais si l'on examine les choses avec attention, on s'aperçoit que la distance entre la malléole et l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles est diminuée de trois ou quatre lignes. Les muscles de la cuisse se trouvent dans un état, non de relâchement et de flaccidité, mais au contraire de tension et de contraction qui ne laisse aucun doute sur la pression douloureuse que la tête du fémur exerce sur les parties molles qui tapissent les surfaces articulaires, en s'enfonçant plus profondément dans la cavité cotyloïde.

Si l'on serre vigoureusement le bassin d'un cadavre avec une large courroie qui l'entoure en passant sur les deux trochanters, on enfonce la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, et l'on produit un raccourcissement de deux lignes et demie à trois lignes. A Dieu ne plaise que nous élevions le plus léger doute sur la véracité de Fricke; tout au plus l'accuserions-nous de préoccupation. Toutefois il paraît singulier que le membre se raccourcisse de trois lignes quand on presse la tête du fémur contre le fond de la cavité articulaire, et que lorsqu'on l'en éloigne, en l'entourant de linge, *en augmentant de six lignes son diamètre naturel*, il n'y ait pas d'alongement sensible. Quoiqu'il en soit, l'auteur a toujours observé le *raccourcissement réel* dans la première période de la coxarthrocace; il n'a jamais vu l'alongement dans la seconde période, ni dans la troisième, si ce n'est lorsque les parties molles, baignées dans le pus, ramollies par le contact de la synovie altérée, avaient perdu

leur élasticité ; ou bien lorsque le bord inférieur de l'*acetabulum* étant détruit, il y avait luxation en bas.

Dans la coxalgie au contraire, outre l'alongement apparent indiqué ci-dessus, il existe encore un alongement réel dont Fricke a cherché à pénétrer la cause par une troisième expérience. Il a coupé, sur un cadavre, les muscles de la cuisse jusques au col du fémur, en prenant garde toutefois d'intéresser les ligamens, et, en exerçant une traction assez forte sur le pied, il a produit un alongement permanent de deux lignes. Cette manœuvre n'a produit aucun résultat quand elle a été pratiquée sans la section préliminaire des muscles, ce qu'il attribue à la résistance de ceux-ci. Si l'on coupe circulairement, non-seulement les muscles, mais encore le ligament capsulaire, l'alongement ne va pas au-delà de trois lignes ; enfin il s'élève à un demi pouce si, après avoir enlevé plusieurs lambeaux de la capsule, on brise les attaches du ligament triangulaire.

Telles sont les explications que donne l'auteur, de l'alongement et du raccourcissement ; le premier n'est qu'*apparent* dans la coxarthrocace, il est *réel* dans la coxalgie, bien qu'il soit en effet beaucoup moins prononcé qu'il ne le paraît ; le second *accompagne nécessairement* les deux premières périodes de la coxarthrocace. Rust, qui a eu quelquefois occasion de l'observer, le regarde comme un phénomène exceptionnel, et l'attribue à la destruction progressive, par la carie, de la périphérie de la tête du fémur. Les ouvertures de cadavres n'ont pas toujours justifié cette manière de voir. Fricke l'attaque par une expérience directe. Après avoir désarticulé le fémur, à la faveur d'une incision convenable, il dépouille complètement la tête de cet os du cartilage qui la revêt ; puis il la replace dans la cavité articulaire, et constate qu'il n'y a aucun raccourcissement. Ce n'est que lorsque on a amoindri la tête du fémur de manière à la détruire presque en entier que l'on observe un raccourcissement de deux lignes et demie, précisément

égal à celui qu'on obtient en enfonçant l'os dans l'*acetabulum*, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Quand la coxalgie est méconnue et négligée, elle peut revêtir le caractère inflammatoire et passer à la coxarthrocace; cette fâcheuse transformation est annoncée par les caractères suivans : la contraction des muscles de la cuisse devient difficile au point que ces organes ne peuvent plus vaincre le poids du membre, et maintenir ses rapports avec le bassin. Alors le membre abandonné à lui-même distend la capsule articulaire et s'alonge réellement. Mais cette distension ne peut durer long-temps sans provoquer la douleur, l'irritation des parties et enfin une inflammation qui débute, comme l'a fort bien remarqué Dzondi, (V. le N.° des *Archives*, du mois de février 1834) aux points d'attache du ligament capsulaire. Cette inflammation parcourt toutes les périodes de la coxarthrocace primitive, bien que la succession de ces périodes se fasse avec plus de lenteur. A mesure que la tête du fémur s'éloigne du fond de la cavité cotyloïde, l'espace qui les sépare se remplit d'une masse graisseuse; et bientôt la dégénération s'étend à tous les organes d'assemblage de l'articulation.

La sortie de la tête du fémur hors de la cavité cotyloïde, n'est pas un des symptômes essentiels de la coxarthrocace; la maladie peut aller extrêmement loin sans que la luxation ait lieu. Néanmoins quand l'inflammation est abandonnée à elle-même, elle détruit, par la suppuration, une partie de la tête du fémur et du rebord supérieur de la cavité cotyloïde, quelquefois même une partie des ligamens. C'est seulement ainsi que Fricke conçoit la luxation; sans cette altération préliminaire des parties, toute contraction musculaire aurait pour résultat d'enfoncer plus profondément la tête du fémur dans la cavité qu'elle occupe habituellement.

Les autopsies mettent rarement le médecin en état de juger par quel point de l'articulation la maladie a com-

mencé, et quelle forme elle a affectée d'abord. On trouve quelquefois la cavité articulaire *doublée en largeur et en profondeur* par la carie, tandis que la tête du fémur a perdu à peine quelques parcelles du cartilage dont elle est coiffée. Le contraire a lieu d'autres fois, et c'est principalement sur le fémur que porte la destruction, etc., etc. Nous savons que Dzondi conserve moins d'incertitude que Fricke, et que, selon lui, l'inflammation commence toujours *hors de l'articulation*. La coxalgie ne laisse de traces bien sensibles que lorsqu'elle est dégénérée en coxarthrocace.

Étiologie. — Fricke ne diffère point des autres auteurs dans l'appréciation de la nature de la coxarthrocace. Quand à la coxalgie, elle est le résultat d'une diminution morbide de l'irritabilité musculaire, diminution qui se trahit par l'excessive difficulté de mouvoir le membre. Cette altération des muscles se distingue de la paralysie en ce qu'elle n'a point son siége, comme cette dernière, dans le système nerveux, mais bien dans le muscle lui-même devenu moins sensible à l'influx nerveux. Néanmoins il est difficile de tracer une ligne de démarcation entre les deux maladies, et peut-être la coxalgie dépend-elle d'une viciation de l'influx nerveux lui-même.

Il n'est pas non plus aisé de distinguer une affection nerveuse d'une inflammation chronique. Le seul moyen que donne Fricke d'arriver à cette distinction, c'est l'utilité ou l'inutilité du traitement antiphlogistique.

Quant aux causes prédisposantes et occasionnelles, l'auteur ne dit absolument rien qui s'écarte des opinions reçues.

Traitement. — La diversité des traitemens suivis par les médecins, prouve la diversité des maladies, mal à-propos confondues en une seule. Au début de la coxalgie le repos absolu, et, s'il est nécessaire, l'immobilité complète de l'articulation, assurée au moyen d'une machine assez in-

génieuse, suffisent pour mettre la nature en état de faire elle-même les frais de la guérison. Si, malgré ces soins, l'alongement du membre persiste, il peut se présenter deux états différens. Le premier s'observe chez des sujets très-irritables et se compose de tous les symptômes d'une grande excitation nerveuse, l'agitation, les plaintes continuelles, la vivacité de la douleur, l'insomnie, le trouble des digestions, la constipation, etc. Il convient d'y opposer, comme moyens généraux, les purgatifs choisis principalement parmi les substances minérales, les bains simples ou alcalins, les bains de drêche, etc.; comme topiques, de larges cataplasmes de farine de froment ou d'avoine.

Le second état est caractérisé par l'absence des symptômes ci-dessus, et par l'impossibilité, non-accompagnée de douleur, de mouvoir le membre. Alors on peut avoir recours aux onctions, aux embrocations spiritueuses, à l'onguent nervin, aux linimens avec l'ammoniaque, ou le camphre, au massage, aux rubéfians, notamment à la pommade stibiée et aux cantharides, aux ventouses sèches. L'acupuncture a réussi quelquefois, surtout chez les sujets très-irritables. Les bains irritans, les bains de vapeur, l'application du moxa et du cautère actuel, la cautérisation avec le phosphore ont été également employés.

Quand la coxalgie commence à dégénérer en coxarthrocace, il faut chercher à combattre, par les moyens suivans, l'inflammation chronique qui se développe. Au premier rang se présentent les applications de sangsues, répétées tous les cinq ou six jours, les onctions mercurielles; la méthode de Scott vient ensuite, etc.

Dans la coxarthrocace primitive, ou secondaire confirmée, les saignées générales, les applications froides, glacées, les cautères, le séton, le fer rouge sont également recommandés suivant les circonstances. Quant à la cautérisation avec le fer, elle doit être profonde dans la coxarthrocace, et seulement transcurrente dans la coxalgie : dans

les deux cas elle doit être appliquée dans le voisinage du grand trochanter. L'auteur fait remarquer que les plaies qui en résultent sont fort lentes à guérir. L'étendue qu'il donne aux cautères est remarquable ; chez les enfans ils doivent contenir de 20 à 30 pois, et jusqu'à cent chez les adultes. Il les pratique au moyen d'un bourdonnet de charpie imbibé d'une solution concentrée de potasse caustique. Pour la cautérisation actuelle il emploie un volumineux cautère prismatique, triangulaire ou quadrangulaire, et de préférence en cuivre, parce que ce métal conserve mieux la chaleur.

De la perte de sang chez les femmes en travail, à la suite de la rupture d'une varice (1).

Nous avons reproduit, dans les *Archives générales de médecine* du mois de Mai, une observation de rupture de tumeur variqueuse du vagin, au milieu du travail de l'enfantement. Elsasser, à la sollicitation du docteur Stendel qui l'avait recueillie, vient de publier trois faits à peu près semblables, et d'exposer les préceptes qui s'appliquent à cette espèce d'accidens. Riecke a également enrichi ce sujet des résultats de son expérience, et nous a tracé dans une de ses observations la conduite que nous avons à tenir ; la tumeur variqueuse est une complication trop grave de la parturition, pour négliger les faits qui doivent en complèter l'histoire. Des trois observations qui suivent, la première appartient à Elsasser, et les deux autres lui ont été communiquées.

Obs. Ire — Une femme d'une forte constitution, âgée de 41 ans, mère de quatre enfans, qu'elle avait mis au monde toujours a la suite d'un travail difficile, était arrivée au terme de sa cinquième grossesse. Elle fut prise le 27 août 1817, à huit heures du soir, des douleurs de l'accou-

(1) *Med. Correspondenz-Blatt*, 1.. janvier 1834.

chement. A midi, la poche des eaux se rompit, et après l'écoulement abondant des eaux de l'amnios, les douleurs cessèrent de se faire sentir. Au bout d'un quart d'heure, il survint une violente douleur, et la femme fut placée sur le champ sur le lit de travail; elle se plaignit alors de la force et de la durée de la douleur; la sage-femme remarqua en même temps sur la grande lèvre gauche une tumeur de couleur bleue, plus volumineuse que la tête d'un enfant; tout le travail s'arrêta, et la femme fut reportée dans son lit. Je fus alors mandé pour lui porter du secours; mais malheureusement cette tumeur se rompit tout-à-coup et avec éclat, et du sang noir s'écoula avec une telle abondance que la femme fut prise de légères convulsions et succomba un demi quart d'heure après. J'arrivai une demie-heure après la mort; la tête de l'enfant s'offrait dans la première position, et était arrêtée dans l'excavation. Je m'empressai d'appliquer le forceps, et j'éprouvai de la difficulté à terminer l'accouchement. L'enfant était bien développé et à terme; mais il était mort exsangue. Le placenta adhérait assez fortement à la matrice. La cavité interne de cet organe ne contenait aucune goutte de sang. Dans l'examen que nous fîmes avec soin, nous découvrîmes que la grande lèvre gauche était le siége d'une tumeur du volume d'un œuf, œdémateuse vers sa base, et que, à son côté interne et près du bord extérieur, il existait une déchirure d'un pouce et demi de longueur, à travers laquelle les doigts arrivaient dans une vaste poche contenant encore une cuillerée de sang, et formée par le tissu cellulaire voisin à la suite de la rupture de la varice. On distinguait aussi, sur la lèvre droite et à la partie interne des cuisses, des tumeurs variqueuses que le sang devait dilater suivant les circonstances. Le bassin, à son entrée et dans l'excavation, était régulièrement conformé. Le détroit périnéal était seulement rétréci par la courbure du cocyx qui, par son immobilité, ne pouvait prêter à l'agrandissement de cette ouverture de sortie.

Obs. II.e — Cette observation a été recueillie par le professeur Riecke, le 2 avril 1816. La sage-femme, qui assistait cette femme, n'avait point porté son attention sur une tumeur qui s'était développée dans la grande lèvre droite, pendant un travail de vingt heures, et n'avait point remarqué que l'écoulement sanguin, qui s'était déclaré, provenait de cette tumeur. Aussi se contenta-t-elle, pour combattre l'accident, à appliquer des compresses froides sur le bas-ventre. Un quart-d'heure après, la femme avait cessé de vivre. Le docteur Riecke arriva deux heures après la mort; il rencontra à la grande lèvre droite une déchirure longue de deux pouces, qui conduisait dans une cavité d'une étendue de quatre pouces environ, se dirigeant sous l'os pubis et au côté externe de la branche ascendante, et au fond de laquelle s'ouvrait largement la varice. Riecke fut obligé de repousser la tête du fœtus, de faire la version et après cette opération, d'appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Le fœtus était mort; son développement était complet. L'ossification avait envahi les fontanelles, et les avait réduites à de petites dimensions. La femme, de l'âge de 40 ans, avait le bassin fort retréci et avait eu, à cause de ce vice de conformation, des accouchemens toujours laborieux et avant terme.

Obs. III.e — Ebert fut appelé le 29 novembre 1832, auprès d'une femme en travail. A son arrivée, il apprit qu'elle venait de mourir. Elle lui parut d'une forte constitution, mais elle était d'une petite taille. Elle était âgée de 34 ans, et au terme de sa huitième grossesse, pendant laquelle elle s'était toujours bien portée. Les douleurs de l'accouchement s'étaient montrées à onze heures du matin. La sage-femme appelée aussitôt, trouva la tête s'engageant la première. La poche des eaux n'était pas encore rompue. Les contractions se succédaient régulièrement. Mais au milieu du travail il s'écoula, dans la cunette placée au-dessous de la chaise, une grande quantité de liquide. La sage-femme

crut que c'étaient les caux de l'amnios qui s'échappaient; mais à la pâleur et à la faiblesse de la malade elle se douta du danger, et en examinant la ounette elle la vit remplie d'une grande quantité de sang. La femme fut remise sur son lit; une demi-heure après elle rendit le dernier soupir. Le cadavre offrait un aspect exsangüe, et le visage était couleur de cire. Il existait à la grande lèvre droite une tumeur bleuâtre, avec trois ouvertures à travers lesquelles les doigts arrivaient dans une cavité vaste, qui contenait encore du sang noir coagulé. On remarquait aussi sur la grande lèvre du côté gauche, et sur les membres inférieurs, de petites tumeurs variqueuses. La tête du fœtus se présentait dans le détroit abdominal, en première position. La version fut facile. Le fœtus, du sexe masculin, était mort exsangue. Le bassin avait sa conformation normale. Le délivre, placé à droite, adhérait faiblement à la matrice.

Les trois observations qui suivent appartiennent au professeur Riecke.

Obs. IVe. — « Je fus appelé, dit-il, auprès d'une femme qui était toujours accouchée avec facilité. A mon arrivée, j'appris du médecin et de la sage-femme qu'elle était accouchée sans peine, mais qu'à la sortie de la tête, il parut, dans les parties naturelles tout près du clitoris, une tumeur variqueuse, qui, en se déchirant, donna lieu à une violente hémorrhagie qui faillit la conduire au tombeau. — J'appliquai des compresses froides, et sous cette médication, le sang cessa de couler. Je ne fis pas de recherches pour mieux apprécier la déchirure de la varice. Je devais craindre de renouveler la perte. Une potion composée d'une teinture de canelle, et des sinapismes ranimèrent la malade et la rendirent à la santé. »

Dans le *Traité d'accouchemens* de Carus, on trouve une observation de cette espèce, où le tamponnement fut d'un grand sécours.

Obs. V.e — « Le 17 septembre 1819, je fus appelé auprès d'une femme âgée de 46 ans, qui était accouchée de huit enfans. Les douleurs de l'enfantement commencèrent le 26 au matin. Elles prirent plus d'activité, et la tête s'avança dans l'excavation. A quatre heures une perte se déclara ; elle resta modérée. Mais comme la femme se sentait très-faible, on m'envoya chercher à trois heures et demi. A peine le messager fût-il parti, que la femme expira. J'arrivai à quatre heures trois-quarts. Je trouvai la tête dans le détroit inférieur, et terminai avec le forceps l'accouchement. L'enfant, arrivé mort au monde, était très-développé ; sa tête avait été fortement comprimée dans l'excavation pelvienne. Je fis l'extraction du placenta, qui adhérait au fond de la matrice : je découvris, en portant la main dans le vagin, tout près du col de la matrice, et sur le côté du canal, une tumeur variqueuse rompue. Sa cavité était de deux pouces de longueur, et d'un pouce et demi de largeur, communiquant dans le vagin par une ouverture d'une pouce de dimension. La peau de l'enfant était toute couverte de sang. Je ne trouvai dans le vagin et dans la matrice aucune trace de sang. Tous les signes de la mort à la suite des pertes de ce liquide, étaient réunis chez cette femme. L'hémorrhagie avait duré huit heures ; pendant ce temps, la tête avait comprimé la varice, et cette compression avait été assez forte pour rendre la perte modérée. Si la tête se fût avancée rapidement, la femme aurait bien été affaiblie par l'écoulement, mais par un traitement convenable on ne doit pas douter qu'on lui eût conservé la vie. »

Obs. VI.e — « S., âgée de 39 ans, me fit appeler le 19 février 1815 ; elle était en travail de son cinquième enfant. J'appris de la sage-femme que la tête du fœtus était à l'entrée du bassin, et que la face était portée en avant. Elle ajouta qu'elle avait rencontré, en explorant le vagin, quelque chose d'extraordinaire dont la nature lui était inconnue. En examinant à mon tour, je reconnus que le rapport de la sage-femme sur

la situation du fœtus, était exact. En portant le doigt à droite et en haut dans le vagin, je découvris une tumeur large d'un demi-pouce et longue d'un pouce, ayant la forme d'une poche, et se terminant en une pointe ovalaire. Elle était élastique et diminuait par une compression graduellement faite. Elle s'effaçait à une pression long-temps maintenue, pour revenir peu-à-peu lorsque la pression cessait. Comme la tête pouvait être saisie par le forceps, je comprimai la tumeur avec la main gauche, et je maintins cette compression dans l'introduction des branches du forceps, pour empêcher que la tumeur ne s'engageât à travers la branche gauche; l'enfant fut promptement amené au-dehors. Après l'accouchement, la tumeur reparut, mais elle était flasque. Six jours après je n'en découvris plus aucune trace.

Réflexions. — Le trombus vulvaire reconnaît presque toujours pour cause prédisposante les varices des parties sexuelles. A la suite de la rupture des veines affectées, survient un épanchement qui s'accroît avec d'autant plus de promptitude qu'il se fait dans des parties qui offrent peu de résistance. Le travail de l'enfantement favorise singulièrement le développement de cet accident redoutable, car au milieu des efforts musculaires auxquels la femme se livre, il y a accélération de la circulation, et reflux du sang dans la tumeur variqueuse, à travers laquelle le fluide sera encore retenu, à mesure que la tête descendra dans le bassin. Dans la plupart des observations que nous venons de relater, il s'est présenté deux autres causes de formation de thrombus et de rupture des veines variqueuses; c'est, d'une part, l'étroitesse de la cavité pelvienne, et de l'autre le volume et l'accroissement de la tête du fœtus, qui était presque entièrement ossifiée. Si on ajoute encore que la tête s'est offerte la première au détroit du bassin, on aura toutes les conditions d'un accouchement difficile, laborieux, et où le thrombus vulvaire se

montre le plus souvent. Sous l'influence de ces causes, le sang ne se répandra pas seulement dans le tissu cellulaire voisin, mais il s'écoulera au-dehors à travers la déchirure de l'enveloppe cutanée. Dans cet état la femme perdra une masse de sang de plusieurs livres, et dans un si court espace de temps que la vie ne pourra plus se maintenir. Ce danger s'explique facilement, si on se rappelle les observations de Vigand, sur la correspondance des veines variqueuses de la cuisse et des parties extérieures de la génération avec les veines de la matrice qui, dans leur état normal et à la fin de la grossesse, contiennent une masse considérable de sang, et qui, d'après les recherches de Wenzel, ont de grands rapports avec les artères de ce viscère.

Un accouchement, qui se présente compliqué de tumeurs variqueuses, doit toujours nous inspirer des craintes, et mériter une attention d'autant plus grande, que dans la plupart des cas cet accident n'est devenu mortel que par l'ignorance et la négligence de la sage-femme, et que l'évènement malheureux aurait pu être détourné par des secours promptement administrés. Dans des cas semblables, je fais garder à la malade une position horizontale dans le lit, je lui recommande de modérer les efforts d'expulsion au moment de la douleur, et j'apporte beaucoup de ménagement dans l'exploration des parties. S'il y a agitation de sang, je pratique une saignée au pied. Si, malgré toutes ces précautions, la tumeur variqueuse se rompt dans le travail de l'accouchement, l'indication consiste à exercer une compression au moyen d'une serviette imbibée d'eau-de-vie, sur le lieu d'où s'échappe le sang, jusqu'au temps où la tête vient fermer l'ouverture de la varice. Mais l'indication la plus pressante est de terminer promptement l'accouchement, lorsque la tête peut être saisie par le forceps. Le tamponnement du vagin et les applications froides sont des moyens que l'art met en usage avec succès après la sortie du fœtus. Le tamponuement est notre

ressource la plus précieuse, lorsque la varice s'est déchirée pendant la grossesse, et que l'hémorrhagie est survenue. Dans ce cas l'accouchement le plus souvent ne tarde pas à se déclarer. P. G.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

ABSENCE CONGÉNITALE DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS; *par le docteur Hardy*. — Le sujet de cette observation est une femme âgée de vingt ans. Les membres supérieurs sont remplacés par de courtes appendices très minces. Les moignons qui représentent les cuisses sont beaucoup plus volumineux, mais n'ont pas plus de deux pouces de longueur. La mère de cette femme a eu douze enfans. Celle-ci est la plus grosse; elle a beaucoup d'embonpoint et se fait remarquer par un caractère extrêmement gai. Elle se meut avec une facilité remarquable, en imprimant à son corps un mouvement de rotation de droite à gauche et de gauche à droite alternativement. Elle balaye très adroitement une chambre en tenant le manche du balai entre le menton et l'épaule. Elle peut à volonté se tenir debout, se coucher sur le dos, se balancer sur une chaise; si on lui offre quelque chose, elle fait signe de le placer sur son épaule. Elle prend ses alimens solides dans cet endroit. Ses hanches et ses fesses ont une ampleur extraordinaire et sont presque quarrées. Ses seins sont aussi très-volumineux, mais parfaitement conformés. La menstruation se fait normalement. (*Baltimore medical and surgical journal and Review*, avril 1834, p. 251.)

CONTINUATION DE LA VIE ET DE LA RESPIRATION CHEZ UN FOETUS APRÈS LA DESTRUCTION COMPLÈTE DU CERVEAU. — Une femme mal conformée fut délivrée à l'aide du crochet en 1828. En 1830, elle devint enceinte de nouveau; après des tentatives infructueuses pour l'accoucher avec le forceps, on se décida à briser la tête du fœtus. Le docteur Beyer pratiqua cette opération, fit sortir les deux pariétaux, vida entièrement le crâne et fit l'extraction de l'enfant qui fut enveloppé dans une serviette et jeté dans un coin. Pendant que le docteur Beyer s'occupait de la sortie de l'arrière-faix, il entendit une espèce de murmure qui éle vait du lieu où l'on avait déposé l'enfant. Au bout de trois minutes, celui-ci poussa un cri distinct. Alors on ouvrit la serviette et

l'on vit avec étonnement ce fœtus sans cerveau, respirant et agitant ses mains et ses pieds; il poussa quelques cris, et donna les autres signes de vie pendant plusieurs minutes, et mourut enfin. (*Annales de Hecker*, et *The American journal of the med. sc.*, mai 1834, p. 220.)

Pathologie.

AFFECTION HYSTÉRIQUE. — Joséphine B...., âgée de 26 ans, est née à la Ferté, de parens bien portans; sa sœur, un peu moins âgée qu'elle, est très fréquemment affectée d'hystérie; bien réglée de très bonne heure, sa santé a toujours été bonne jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle elle fit une chute dans l'eau et eut une très vive frayeur; dès ce moment, douleurs vagues, malaise général, tristesse, amaigrissement. C'est dans ces circonstances, et très peu de temps après sa chute, que B.... vint à Paris et visita presque aussitôt la Morgue, dans l'unique but de satisfaire sa curiosité. Sur le champ elle est prise d'attaques violentes d'hystérie, qui se répètent un grand nombre de fois et à des intervalles très rapprochés. Douleurs de tête, illusions de la vue et de l'ouïe; pleurs involontaires, rires désordonnés; tels sont les symptômes qui l'ont constamment annoncée plus ou moins long-temps avant l'invasion, et pendant près de deux ans.

En 1828, elle entre à l'hospice de la Salpêtrière; depuis cette époque jusqu'en mars 1831, elle a éprouvé un grand nombre d'attaques, qui, loin d'être constamment les mêmes, ont subi quelques modifications dans les causes, les prodrômes, la marche, la durée et la terminaison. Voici, du reste, les phénomènes qui se sont présentés le plus ordinairement, et que nous avons constatés quelquefois depuis lors : Invasion brusque sans cause connue ou après une vive impression morale; plus rarement on observe les prodromes décrits précédemment. Aussitôt chute, cris perçans, dont la durée n'est que de quelques minutes, et qui quelquefois manquent complètement. Contraction violente des muscles de la face, du cou, du tronc et des membres; mouvemens couvulsifs de tout le corps, et principalement des membres supérieurs. La face, sans changer de couleur, prend un aspect hideux; la bouche pleine d'écume est déviée du côté droit; les paupières légèrement entre-ouvertes, laissent apercevoir les yeux roulant dans leur orbite. Le tronc est le siège de mouvemens tétaniques; redressement, renversement en arrière, succession rapide de ces mouvemens qui se répètent neuf ou dix fois de suite, et ne cessent qu'avec l'épuisement des forces de la malade; puis abattement, prostration, perte complète de connaissance, insensibilité générale. Néanmoins, quelquefois, quoiqu'en apparence privée de toutes ses facultés intellectuelles, elle n'est point étrangère à ce qui se passe autour d'elle; elle peut en rendre compte après l'accès, dont la durée varie d'un quart

d'heure à une demi-heure. Cette série de symptômes se reproduit un très grand nombre de fois, 3, 4, 5, 10, 20 et même 30 fois de suite. Dans une circonstance, elle a vu ces attaques se renouveler pendant quinze jours, dix à douze fois toutes les vingt-quatre heures. Tous ces phénomènes, auxquels succède une lassitude générale, et dont la fin s'annonce le plus souvent par des vomissemens de matières bilieuses, sanguinolentes, ou de toute autre chose, et par un sentiment tout particulier que la malade ne peut décrire, mais qui ne la trompe jamais, se terminent ordinairement par le retour de la santé.

Cependant il n'est point rare de voir leur succéder des accidens d'une autre nature et quelquefois fort graves. Aiusi, la malade a vu souvent succéder à l'accès le rapprochement des mâchoires avec une telle contraction des muscles masséters, que la plus légère pression occasionnait les plus vives douleurs; la contraction des muscles fléchisseurs de la jambe ou de l'avant-bras, portée quelquefois à un tel point, que les ongles des doigts fléchis dans la paume de la main, laissasent leur empreinte dans la chair, et s'en retiraient tout sanglans. Il fallait dans ces cas, la force de plusieurs personnes pour parvenir à redresser les doigts. Deux fois c'est une paralysie de la vessie qui a terminé l'accès, et a nécessité l'emploi du cathétérisme; dans une circonstance, une amaurose en a été la suite, et quoi qu'on fit, la pupille était immobile, et les yeux tout-à-fait insensibles à la lumière. Ces divers accidens ne se dissipaient qu'à l'arrivée d'une nouvelle attaque. Au mois de mars 1831, B.... en eut une dont la suite fut une paralysie des membres inférieurs. Insensibilité, diminution de la chaleur, perte complète des mouvemens, amaigrissement progressif; tel a été, pendant quinze mois, l'état des membres abdominaux. Des cautères, des moxas, au nombre de douze ou quinze, ont été appliqués sans succès à la région lombaire, où la malade rapportait une légère douleur; des bains, des douches de Barrège, ont été donnés sur les extrêmités inférieures, et cette dernière médication a eu quelquefois pour effet de réchauffer les jambes et d'y produire des soubresants qui ne tardaient pas à se dissiper.

Enfin, le 5 juillet 1832, la malade, qui, je dois le dire, avait été très mal réglée depuis le commencement de sa maladie, après une vive impression morale, éprouve une attaque d'hystérie qui dure une heure et demie, et laisse après elle une amaurose complète, et un trismus tel, qu'elle peut à peine avaler des liquides. Elle était dans cet état depuis quatre jours, appelant de tous ses vœux une nouvelle attaque, lorsqu'à sa grande joie elle survint, mais si rapidement que, n'ayant point eu le temps de se faire attacher comme à l'ordinaire, elle a pu se jeter à bas de son lit, et, quoique aveugle au moment même, et paralytique un quart d'heure avant, courir le long de la salle avec une rapidité incroyable et qui tient du merveilleux. Depuis cette époque, il n'est survenu que deux attaques, dont la première

seulement s'est terminée par un trismus qui a disparu à l'accès suivant. Au premier mars 1833, B.... allait très bien, et quoique le côté gauche du corps fût plus faible que le côté droit, elle pouvait encore courir avec une certaine rapidité. (Alègre. M. *Diss. sur l'épilepsie et l'hystérie*. Thèse. Paris, 1833. N° 64, pag. 29.)

Idiotisme et nymphomanie, coïncidant avec un squirre de l'utérus et des ovaires, et l'atrophie des lobes antérieurs du cerveau. — *Observation recueillie par M. Silvestri, médecin de l'Hospice Royal des Aliénés de Palerme.*—Une jeune fille de Contessa, (colonie grecque en Sicile), d'un tempérament sanguin, d'une stature régulière, ne fit aucun progrès intellectuel depuis l'âge de deux ans; elle n'a jamais pu apprendre à parler. Livrée à elle-même, comme cela arrive si souvent aux enfans pauvres, personne ne prit soin de son éducation. Conduite par le seul instinct de la faim, elle se dirigeait vers les endroits où elle espérait trouver de la nourriture. Si elle rencontrait des immondices, elle les prenait avec avidité, et paraissait avoir beaucoup de plaisir à les avaler; elle les préférait à des alimens sains que lui offraient des personnes charitables; elle vécut ainsi jusqu'à l'âge de douze ans, époque à laquelle elle fut reçue à l'Hospice Royal des Aliénés. Là, pourvue d'habits, bien nourrie, sa santé qui avait beaucoup souffert se rétablit complètement. Lorsqu'elle se trouvait seule, elle cherchait encore des immondices, et les avalait aussitôt. Son intelligence n'éprouva aucun changement. Son visage annonçait la simplicité d'un enfant. Ses sens n'étaient pas dans une intégrité parfaite; elle regardait sans paraître fixer attentivement aucun objet. Quoiqu'elle ne parlât pas, on jugeait qu'elle entendait; appelée par son nom elle se dirigeait aussitôt vers le côté d'où venait la voix; le goût était perverti; bien qu'elle flairât ce qu'elle voulait manger, elle n'en avalait pas moins les substances les plus repoussantes. Parmi les sens internes, celui de la faim était exalté; les impressions étaient régulières; les perceptions étaient très imparfaites. La faculté de parler était presque nulle.

Toutes les personnes de quelque autorité, qu'elle voyait dans l'établissement, elle les appelait *Baruni*, se servant du nom qu'elle avait entendu donner mille fois au directeur : une fois seulement se trouvant enfermée dans sa chambre, elle dit au directeur qui passait, *Baruni pani*; depuis, elle ne répéta jamais la seconde parole. Sa mémoire était tellement imparfaite, qu'elle n'avait pu jamais retenir que deux mots seulement. Bien rarement elle prononçait quelque mot grec. Elle était indifférente à la musique, à la vue des tableaux, et de tous les objets agréables réunis dans le bel établissement où elle se trouvait. Elle ne donnait signe ni de colère ni d'amitié. Elle avait un penchant irrésistible à la masturbation. Elle était parvenue, à force de se livrer à cette pratique, au point d'introduire dans le vagin la main,

à une partie de l'avant-bras. Une humeur sanguinolente s'écoulait alors de la vulve; elle-la portait à sa bouche. Quelque soin que l'on mît pour s'opposer à cette acte de dépravation, elle savait choisir des momens opportuns pour s'y livrer : Si, par le moyen de la camisole de force, on l'empêchait de se servir de ses mains, elle cherchait à s'approcher d'un corps dur, et le mettant en contact avec sa vulve, elle se déchirait pour en faire couler du sang, qu'elle léchait quand il était répandu sur le sol. Elle vécut ainsi quelque temps, puis elle tomba dans un amaigrissement considérable, devint pâle, fut prise d'une fièvre qui ne la quitta plus, et mourut étant âgée de 15 ans environ.

Autopsie. — Etat de maigreur extrême, les mammelles ne sont pas développées; les régions du trochanter et du coccix présentent des plaies résultant du décubitus long-temps prolongé sur ces parties.

A l'ouverture du crâne il s'écoule une certaine quantité de sérosité sanguinolante. Les lobes antérieurs du cerveau sont un peu applatis, et particulièrement le lobe droit, qui est de moitié moins volumineux que le gauche. La partie supérieure de chacun de ces lobes tout près de la scissure interlobulaire est creusée par une excavation ; la gauche, qui est la plus étendue, a environ un pouce de diamètre, et huit lignes de profondeur. On reconnaît facilement que la surface de ces cavités est formée par les circonvolutions, qui sont atrophiées au point de n'avoir plus qu'une ligne et demie de largeur. A la partie inférieure du lobe antérieur droit se trouve un troisième enfoncement semblable aux premiers. La pie mère est engorgée ainsi que l'arachnoïde; on ne peut séparer ces membranes des circonvolutions atrophiées, sans enlever en même temps la substance cérébrale. Après avoir enlevé les circonvolutions atrophiées, et avoir reconnu qu'elles sont composées de substance corticale dure et altérée, on trouve au-dessous, non une matière blanche, mais une substance de couleur jaunâtre, dense et très serrée, d'une étendue égale à celle des enfoncemens, et de trois lignes environ de profondeur. Cette couleur est plus marquée sur le lobe gauche, et la substance ainsi altérée est entourée de petites concrétions calcaires plongées dans une motière grisâtre et molle. On ne peut découvrir dans le tissu jaune aucune trace d'organisation. Telles sont les altérations du cerveau; les autres points de cet organe sont dans l'état physiologique, soit pour la forme, le volume, la couleur, la consistance, où la structure.

L'ossificasion du crâne offre plusieurs irrégularités, dont les plus remarquables sont la grande épaisseur des bosses frontales dont la droite n'a pas moins de six lignes, et la direction de la petite aile droite du sphénoïde, qui s'élève beaucoup et rend la fosse cérébrale de ce côté plus petite que l'autre.

Dans la poitrine, il n'y a pas autre chose que des adhérences de la

plèvre. Le foie, la rate, les ganglions mésentériques sont engorgés. Les ovaires ont trois fois leur volume, ils sont très-durs et squirrheux. L'utérus, doublé de volume, présente beaucoup de petits corps semblables pour leurs propriétés physiques aux ovaires malades : on ne reconnaît plus dans cet organe aucune trace d'organisation, il est converti en un tissu blanchâtre et mou, son col est dilaté au point d'avoir quatre ou cinq lignes de diamètre. La membrane muqueuse du vagin est engorgée, et présente dans sa moitié inférieure beaucoup d'éminences petites, blanches, dures comme des cartilages.

Considérations sur une variété d'angine consistant dans l'inflammation de la base de la langue, des parties qui l'unissent à la machoire inférieure, du palais et du pharynx; *par David Craigie*.— Le docteur D. Craigie reconnaît trois espèces d'angine (*quinsy*, *angina*, ou *sore throat*) : 1° une angine superficielle, occupant principalement la membrane muqueuse qui revêt les amygdales, le palais, la luette et le pharynx ; 2° une angine qui intéresse, non seulement la membrane muqueuse, mais encore le tissu des tonsilles, le tissu cellulaire sous-muqueux de ces glandes, ainsi que celui du palais et de la luette ; 3° enfin, une angine envahissant, outre les parties qui viennent d'être citées, la base de la langue, et s'étendant latéralement jusqu'aux branches de la mâchoire inférieure, et en dedans à l'épiglotte et même quelquefois à la glotte.

La première maladie donne lieu à des symptômes peu graves qui sont bien connus. Dans le second cas, les accidens sont plus graves ; mais dans le troisième, ils prennent un caractère encore plus redoutable. Le malade ne peut abaisser la mâchoire inférieure pour permettre l'exploration de la cavite buccale ; il ne peut mouvoir la langue ; la déglutition est impraticable ; à peine les liquides peuvent-ils être avalés ; les efforts de déglutition déterminent beaucoup de douleur ; les alimens, même liquides, introduits dans la bouche, sont rejetés par le nez ; la respiration, et particulièrement l'expiration, s'accomplit par les narines, à travers lesquelles l'air sort avec bruit ; le voile du palais et la luette restant inactifs dans la parole, celle-ci devient nasillarde et douloureuse ; une salive abondante, visqueuse, s'écoule continuellement de la bouche.

Ces symptômes annoncent une inflammation occupant non seulement la substance des amygdales et la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, mais encore tout le tissu sous-muqueux du voile du palais, la luette, les piliers du voile du palais, la substance de la langue, surtout vers sa base, et s'étendant de là, de chaque côté, au tissu cellulaire situé au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, et même à celui qui communique avec le cou. L'inflammation a ainsi son siége dans un nombre considérable de parties qui se tuméfient et déterminent de vives douleurs. Une double complication a lieu

très-fréquemment : l'inflammation de la muqueuse des fosses nasales, et celle de la glotte et du larynx. La première ajoute seulement aux douleurs, la seconde peut entraîner promptement la mort. En effet, la membrane qui revêt les cartilages aryténoïdes se tuméfie, s'injecte, devient le siége de la sécrétion d'un fluide visqueux ; le tissu sous muqueux se gorge de sérosité; l'ouverture de la glotte en est diminuée ; enfin, le malade meurt par asphyxie.

Le docteur Craigie pense qu'on a confondu à tort cette affection avec l'esquinancie ou angine tonsillaire, en la regardant comme un degré extrême de cette maladie, et qu'elle en diffère par son siége. Elle ne se termine point d'ailleurs par suppuration, le malade mourant long temps avant que du pus ait eu le temps de se former. On ne peut pas davantage la désigner sous le nom d'angine pharyngienne, puisque le pharynx n'est qu'une des nombreuses parties intéressées ; ni sous celui d'angine laryngée, car le larynx ne se prend que consécutivement et ne participe point à la maladie, si celle-ci est traitée à temps. Le docteur Craigie, tout en reconnaissant la difficulté d'une dénomination rigoureuse, emploie, dans le cours de son mémoire, celle d'*inflammation glosso-pharyngienne*.

Les deux observations suivantes sont citées comme exemples de la maladie en question. Dans la première, la marche des symptômes n'a été troublée par aucune médication.

Obs. Ire. — Ann Mackenzie, âgée de 28 ans, forte et pléthorique, entra à l'infirmerie royale le 16 octobre 1833. Quatre jours auparavant, elle avait été prise de mal de gorge et de difficulté pour avaler. La douleur fit des progrès rapides; la déglutition et la parole devinrent de plus en plus pénibles ; une salive visqueuse s'écoula en abondance de la bouche. Lorsque la malade se présenta à l'hôpital, elle ne pouvait ni parler ni avaler ; lorsqu'on l'invitait à boire, elle répondait par signes, que les essais pour boire étaient extrêmement douloureux. Cependant on insista ; alors elle laissa couler goutte à goutte dans sa bouche, et sans pouvoir remuer la langue, le liquide, qui détermina au même instant une suffocation imminente, et fut rejeté avec force par les narines. La mâchoire ne pouvait être abaissée, mais on reconnut avec le doigt que les amygdales et la luette étaient tuméfiées, et que l'engorgement inflammatoire s'étendait à la base et aux bords de la langue, et aux parties molles qui recouvrent la face interne de l'os maxillaire inférieur ; les parties latérales du cou, vers les angles de la mâchoire, étaient considérablement gonflées ; la voix ressemblait à un *reniflement ;* la salive s'écoulait continuellement par la bouche à demi-ouverte ; le larynx ne s'élevait point dans les efforts de déglutition ; la respiration était difficile et faible ; le pouls petit, de 104 à 116.

La saignée locale n'eut aucun effet sur la marche de la maladie. On

tenta des scarifications sur les amygdales et sur le voile du palais ; mais le sang, s'écoulant en partie vers la glotte, produisit des accidens très-graves. La mort eut lieu le 18.

Autopsie. — Les amygdales semblaient avoir renfermé des mucosités puriformes qui en avaient été évacuées ; la tuméfaction de la luette avait disparu ; mais la base de la langue était gonflée, dure, et distendue par du sang et de la sérosité dont le tissu cellulaire de sa base était infiltré ; les parties situées entre la langue et l'angle de la mâchoire, de chaque côté, étaient dans le même état.

La glotte était perméable ; mais la membrane qui la forme était couverte par une couche de matière puriforme, blanchâtre, que l'on trouva aussi dans les ventricules du larynx ; l'épiglotte était tuméfiée ; on trouva un liquide muqueux entre elle et les plis latéraux de la base de la langue. La membrane muqueuse des bronches était rouge ; les bronches contenaient un mucus puriforme ; les poumons étaient gorgés de sang. L'artère pulmonaire et le ventricule droit étaient distendus par du sang noir liquide et en caillots. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang.

Obs. IIe. — Une femme, âgée de 28 ans, fut prise de mal de gorge après un refroidissement. Les symptômes marchèrent avec une rapidité inquiétante. L'état de la malade ressemblait exactement à celui de la précédente, sauf l'intensité ; le docteur Craigie commençait à craindre une terminaison semblable, lorsque la maladie fut enrayée par un traitement antiphlogistique extrêmement énergique.

En terminant son mémoire, le docteur Craigie propose de désigner cette maladie par le nom d'*angine linguale*, et résume ainsi les phénomènes qui la caractérisent : 1° tuméfaction douloureuse du corps, et spécialement de la base de la langue, appréciable au toucher, et qui, non seulement empêche l'abaissement de la mâchoire, mais encore donne lieu à un gonflement du cou ; 2° impossibilité de mouvoir la langue en arrière et en haut pour l'acte de la déglutition ; 3° même impossibilité de faire exécuter à la langue les mouvemens nécessaires pour l'articulation des mots ; 4° impossibilité de contracter le voile du palais et la luette, et de les appliquer contre l'ouverture postérieure des fosses nasales. — Sous le point de vue pratique, une chose importante à noter, c'est que la maladie doit être combattue de bonne heure par de larges émissions sanguines ; quand l'inflammation atteint le larynx, le cas est très-grave ; si alors elle est faiblement combattue, il arrive promptement une époque où elle entraîne presque nécessairement la mort. (*The Edinb. Med. and Surg. Journal* : juillet 1834).

Inflammation érysipélateuse de l'aorte ; *obs. par le docteur Hankel.* — Le sujet de cette observation était un homme âgé de trente et quelques années, grand, fort et d'une bonne constitution. Excepté une

fièvre intermittente de longue durée, dont il avait été atteint dans un temps où cette affection régnait épidémiquement, il n'avait jamais été malade d'une manière sérieuse. Depuis quelques années il avait acquis beaucoup d'embonpoint, ce qui fut attribué à une vie peu active et à l'usage immodéré de la bière forte. Son père, mort d'apoplexie à 62 ans, avait été sujet à la goutte; sa mère avait eu fréquemment dans sa jeunesse des érysipèles au visage.

Le 22 février 1821, franchissant une montagne, il fut surpris et pénétré par la pluie, et, pendant son retour précipité, il éprouva une constriction de poitrine qui le força de s'arrêter, mais qui se dissipa bientôt. Rentré chez lui, se trouvant bien, il ne changea point de vêtemens parce qu'il avait essuyé déjà sans inconvénient le même accident. Deux jours après on lui annonça une nouvelle fâcheuse; second accès de dyspnée. Dans la nuit suivante, troisième accès déterminé par les cris : *au feu!* La santé fut bonne jusqu'au 28 où, après avoir diné comme un homme qui se porte bien, il éprouva tout-à-coup un violent serrement de poitrine, qui le força d'aller à l'air libre pour respirer plus librement. L'accès se borna là, il ne resta qu'une légère douleur de poitrine. Le malade fut gai, fuma, but une bouteille de bière double et joua au billard. En étendant le bras pour ce jeu, il ressentit un peu de gêne dans la poitrine. Vers six heures du soir il rentra chez lui, resentit de nouvelles attaques de dyspnée qui se renouvelaient toutes les demi-heures et le forçaient d'ouvrir la fenêtre. A 9 heures il se coucha et fit appeler le docteur Hankel. Ce médecin trouva le malade tranquille dans son lit. Douleur à la poitrine, s'étendant jusqu'à l'appendice xiphoïde, n'augmentant pas par la pression; sensation de chaleur derrière le sternum; température du visage et des extrémités normale; pouls tendu et dur, 80; rien de remarquable au cœur. Le malade raconta, sans s'interrompre et sans altération de la voix, les circonstances antécédentes. Le médecin resta auprès de lui pendant une heure sans être témoin d'aucune attaque (Boisson sudorifique; sinapisme sur le thorax; bouteille chaude aux pied; conditionnellement, une saignée). Tout alla bien jusque vers minuit où l'on fit venir un chirurgien qui trouva le malade se promenant dans sa chambre et proférant quelques plaintes. On tira du bras une livre de sang dont la viscosité frappa le chirurgien; cette saignée fut suivie d'une légère syncope et d'un vomissement. Vers 2 heures, anxiété précordiale intense. Le docteur Hankel trouva le malade assis dans son lit; visage exprimant la plus vive angoisse; yeux fixes en avant; pupilles dilatées; bouche ouverte, laissant entendre ces mots seuls : *de l'air... J'étouffe...*; La partie supérieure du corps fléchie en avant; les mains se portant de tous côtés; visage pâle, un peu refroidi, ainsi que les mains qui étaient recouvertes d'une sueur froide; le pouls ne put être exploré à cause de l'agitation du malade;

Tout l'accès dura une demi-heure ; après cet intervalle de temps le calme revint, il ne resta qu'un peu de douleur à la poitrine, la température devint normale. Malgré l'emploi de quelques médicamens anti-spasmodiques, de frictions et de fomentations chaudes sur la poitrine, les accès continuèrent à se renouveler et même augmentèrent d'intensité. Le lendemain, à une heure après midi, le docteur Hankel trouva le malade se promenant dans sa chambre et accusant une vive douleur dans la poitrine, où il y avait, disait-il, un abcès; visage rouge et bouffi ; cou gonflé ; température de la peau légèrement élevée, pouls 90 environ, sans dureté. Après avoir été suspendus pendant quelques heures, les accès venaient de recommencer depuis un quart d'heure. On appliqua sur-le-champ des ventouses scarifiées. La douleur disparut immédiatement après; le malade devint aussi gai qu'en bonne santé; il prit un pédiluve sinapisé et se coucha. Peu de temps après, sentant la douleur revenir, il demanda une cuillerée de la potion qui avait été prescrite ; pendant qu'on la versait il poussa un cri aigu et mourut.

Autopsie, quarante-huit heures après la mort. — Visage et cou tuméfiés. La poitrine fut ouverte avec difficulté à cause de l'ossification commençante de plusieurs cartilages costaux. Beaucoup de graisse dans le médiastin et sur le péricarde. A l'ouverture de ce dernier, le cœur parut affaissé ; son tissu gardait l'empreinte des doigts; sa couleur était pâle ; son enveloppe séreuse contenait à peine deux cuillerées à café de sérosité colorée en rouge. Les poumons et les viscères abdominaux étaient tous à l'état normal ; on ne remarqua dans l'abdomen qu'une grande accumulation de graisse dans les épiploons et autour des intestins.

La membrane interne du ventricule gauche et de l'oreillette gauche, ainsi que les valvules, n'offraient aucune trace de maladie. Mais l'aorte avait, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, une coloration rouge vermeille qui s'étendait depuis le cœur, le long de la crosse de l'aorte, jusqu'aux artères innominée, carotide et sous-clavière gauche. Cette coloration n'était point due à l'injection des vaisseaux capillaires. Les surfaces du vaisseau, surtout l'interne, étaient lisses et luisantes. En outre, la surface interne de l'aorte offrait plusieurs points blancs, durs, dûs à un commencement d'ossification. Le docteur Hankel n'eut pas la permission d'explorer les artères dans leurs ramifications; il put seulement enlever un bout de l'artère iliaque. Il y trouva quelques points d'ossification, mais point de rougeur inflammatoire. Il ajoute que probablement la rougeur ne dépassait point le diaphragme qui, pendant la vie, avait été la limite de la douleur, mais qu'au contraire elle s'était propagée, vers la fin de la maladie, jusqu'aux artères du cerveau ; et il explique par cette circonstance, qu'il ne donne du reste que comme une conjecture, puisque le crâne ne fut pas

ouvert, la mort brusque et comme apoplectique du malade. Plusieurs ganglions bronchiques renfermaient des concrétions très-dures.

Le docteur Hankel fait suivre cette observation de quelques réflexions. L'aortite est une maladie peu connue et très-rare ; sur vingt-mille malades, Schœnlein ne l'a observée que deux fois. Si l'on étudie les diverses observations rapportées par les auteurs, on s'assure facilement que l'on a confondu, sous ce nom, les maladies les plus différentes. L'auteur recommande la description des symptômes de cette maladie par Joseph Frank, comme la plus exacte, bien qu'un peu exagérée. (*Rust's Magazin*, t. XXXIX, part. 2, p. 234).

INFLAMMATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE. *Obs. par le docteur Hankel.* — Le sujet de cette observation est un ouvrier, âgé de 65 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, buvant beaucoup d'eau-de-vie, et qui avait depuis quelque temps une toux avec expectoration muqueuse, malgré laquelle il continuait ses travaux. Après un refroidissement (il avait travaillé dans l'eau), il fut pris de frisson, de douleur dans le côté et de toux sèche. Après avoir inutilement essayé quelques remèdes chez lui il vint consulter le docteur Hankel, le 2 juin 1824. Etat actuel : visage pâle, décomposé; yeux saillans, brillans; toux courte, sèche, saccadée ; douleur et sensation de compression vers le milieu de la poitrine ; dyspnée, qui se manifestait surtout la nuit et interrompait le sommeil ; soif continuelle ; anorexie ; langue blanche : peau chaude ; pouls à 100 ; respiration accélérée ; démarche lente, incertaine. Cet état durait depuis huit jours. Le docteur Hankel ne paraît point avoir ausculté le malade. Le 2, au soir, fièvre, qui se prolongea pendant la nuit. Le 3, au matin, agitation, dyspnée, toux fréquente, sans expectoration, besoin continuel d'uriner, visage encore plus décomposé, pouls plus faible. Le même jour après midi, l'agitation redoubla ; le malade quitta son lit plusieurs fois ; à 5 heures son angoisse était telle qu'il sortit de sa chambre, se plaignit à un voisin, avec une voix entrecoupée, de son état pénible, et voulut aller dans une autre chambre, à un étage plus élevé, pour chercher le frais. Sa femme l'entendit monter précipitamment l'escalier, elle courut derrière lui et le trouva étendu sur le lit ; mais il fut pris d'un léger râle, et mourut.

Autopsie. — Le cadavre n'offrait, à l'extérieur, rien de remarquable ; le visage était pâle ; les yeux, qui pendant la vie étaient saillans, étaient maintenant enfoncés ; quand on ouvrit la poitrine, les poumons marbrés de blanc et de bleu ne remplissaient pas complètement la cavité thoracique ; ces organes ne paraissaient point au toucher gorgés de sang ; en les incisant il s'écoula une quantité modérée de ce liquide, de couleur peu foncée ; en pressant le tissu pour en exprimer l'air, on le trouva souple ; il existait des adhérences anciennes à leur partie latérale et postérieure ; le cœur n'était point non-plus distendu par le

sang ; il renfermait quelques concrétions polypiformes, surtout dans le ventricule droit ; la membrane interne du cœur, celle de la crosse de l'aorte et les valvules, étaient saines. L'artère pulmonaire renfermait des concrétions semblables, une d'elles avait une grosseur et une fermeté remarquable, mais n'offrait aucune adhérence avec les parois de l'artère ; ces parois offraient une couleur extrêmement remarquable, elles étaient d'un rouge intense, uniformément étendu, comme si on les avait frottées avec le jus d'une grosse cerise noire ; cette coloration ne disparut ni par le lavage, ni en grattant avec le manche du scalpel ; elle pénétrait dans toute l'épaisseur de la membrane interne du vaisseau, mais ne s'étendait point à l'extérieur ; les vaisseaux capillaires n'étaient point injectés ; cette teinte rouge ne se propageait ni au ventricule droit, ni aux poumons ; les autres gros vaisseaux ne présentaient rien de semblable. On ne trouva rien à noter dans le crâne, ni dans l'abdomen. (*Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde.* T. 39. P. 2, p. 244).

Fracture du bassin, avec commotion du cerveau, suivie de guérison. — *Par Charles Thornhill.* — Thomas Foster, âgé de 17 ans, travaillant dans une mine de charbon, et étant occupé à préparer le sceau qui remontait, fut saisi par le crochet de la chaîne, élevé à la hauteur de ving-cinq verges (Yards), et précipité dans le fond de la mine. Il fut emporté presque mort, et on lui fit boire de force un verre d'eau-de-vie pour le ranimer. Le docteur Thornhill le trouva dans un état d'insensibilité incomplète ; pouls faible et intermittent ; respiration laborieuse ; extrémités froides ; surface du corps généralement au-dessous de la température normale. Si l'on tirait le malade de son assoupissement, il répondait d'une manière incohérente. Il donnait quelques signes de sensibilité seulement quand on pansait ses plaies. Le visage était tuméfié, la joue gauche en partie déchirée ; une vaste plaie occupait les muscles de l'avant-bras gauche. Au raccourcissement du membre inférieur gauche, au renversement du pied en dehors, on reconnut une fracture de la cuisse de ce côté. Le lendemain matin de très bonne heure, le malade était encore sous l'influence de la commotion cérébrale. Le pouls était irrégulier, et quoique augmenté en fréquence, il avait diminué sous le rapport de la force, tout le corps avait repris sa chaleur. Un examen attentif fit reconnaître une fracture oblique de la mâchoire inférieure, du côté gauche, près de la symphyse ; une fracture de la tête de l'humérus du même côté, et une double fracture de la cuisse ; la fracture supérieure avait son siège dans le col du fémur et dans le grand trochanter ; l'inférieure était située transversalement, à peu près à la réunion des deux tiers supérieurs de l'os avec le tiers inférieur. Il y avait en outre une fracture du bassin, qui attira avant tout l'attention des médecins. Les tégumens du perinée et des parties voisines étaient le siège d'une con-

tusion et d'une ecchymose considérables. La fracture, autant qu'on pût s'en assurer, occupait la crète dupubis, se dirigeait vers la cavité cotyloïde gauche, et se terminait dans une direction oblique à la partie supérieure de la branche de l'ischion. Dans les mouvemens du membre on entendait et l'on sentait à la main une crépitation très-évidente.

Toutes ces fractures furent réduites et traitées comme à l'ordinaire; le bassin fut entouré d'un bandage très-fort. A raison de la grande tuméfaction de l'épaule, on plaça sous elle un coussin, et l'on y fit des losions continuelles avec la solution d'acétate de plomb.

Le sept, les symptômes cérébraux avaient persisté; le malade avait pu cependant avaler quelques cuillérées de *gruau*. Deux ou trois fois ses urines s'étaient échappées involontairement. Cependant la nuit avait été meilleure qu'on ne l'avait espéré. Pouls rapide et vibrant. Abdomen tendu et un peu gonflé. Mouvemens fréquens dans le lit; pas de selles. Dans la journée, il eut quelques intervalles de raison, pendant lesquels il demanda à boire.

Le 8, l'urine continua à couler abondamment, mais il n'y eut encore aucune évacuation alvine. Dans la nuit, il donna pour la première fois des signes de sensibilité, et fit quelques questions sur la cause de son accident, dont il ne se rappelait aucune circonstance. Langue sèche et chargée; pouls rapide; abdomen dur et gonflé. Un purgatif détermina deux selles, et le malade se trouva mieux pendant le reste de la journée.

Le 9, il y eut encore du délire pendant la nuit, et peu de sommeil. Le malade accusait une vive douleur dans l'épaule qui était très-tuméfiée, dans la hanche et dans le bassin. Les plaies du visage avaient une belle apparence, elles étaient en pleine suppuration; pouls fréquent; langue chargée; urine rouge; toux fatigante. On prescrivit une mixture saline.

Le 14, après plusieurs heures de sommeil, le malade se trouvait beaucoup mieux. L'épaule était encore chaude mais le gonflement et la douleur avaient diminué.

Le 23, il ne s'était manifesté jusque là aucun symptôme fâcheux. La fracture de la mâchoire étant consolidée, on enleva l'appareil à la requête du malade. Les plaies du visage étaient cicatrisées.

Le 29 décembre, le malade avait l'entier usage de son bras et de son épaule; la cuisse fracturée semblait plus courte que l'autre d'un pouce, mais il pouvait l'élever sans aide. Il éprouvait quelque difficulté à s'asseoir, ce qu'il attribuait à une faiblesse qu'il rapportait au bassin, qui alors était soutenu par un bandage circulaire.

Le 29 janvier 1834, le malade pouvait marcher avec des béquilles; mais il accusait encore de la faiblesse dans le bassin et surtout vers la cavité cotyloïde du côté malade. Enfin, le 12 mars, il n'avait

plus besoin que de l'appui d'un bâton. (*Lond. Med. Gaz.* 12 avril 1834).

Dans l'observation qui précède, il paraît qu'on n'eut point recours aux émisssions sangines; le premier jour on prescrivit une mixture où entraient l'*ammoniaque aromatisée*, *la confection aromatique*, *le camphre*, etc, les jours suivans, différens purgatifs. Telle fut, indépendamment des pansemens nécessités par les plaies et les fractures, la manière dont les accidens furent combattus; cependant le malade survécut à une lésion (fracture du bassin) qui rarement est suivie de guérison.

Corps fibreux de la matrice offrant des traces d'inflammation et de suppuration. — Louise Brandon, âgée de 42 ans, journalière, malade depuis plusieurs années, n'est plus réglée depuis cinq ans, a depuis longtemps des flueurs blanches, et depuis peu de temps, de légères pertes en rouge à des époques assez rapprochées; elle est maigre, sa peau est d'une couleur jaune-paille; elle accuse une douleur constante à la région hypogastrique, vomit depuis quelque temps, et a du dévoiement depuis trois mois. L'état extérieur de la malade, rapproché des symptômes, fit penser qu'elle pourrait bien être affectée d'un cancer de l'utérus; cependant le toucher ne vint que donner peu d'appui à ce doute, car le col était lisse, peut-être un peu effacé, et la pression avec le doigt faisait éprouver de vives douleurs à la malade. L'on sentait bien aussi une tumeur dure derrière le pubis; mais cette région était tellement douloureuse qu'il fallut renoncer à la recherche de sa position. L'état de la malade est fort grave; le pouls est misérable, un peu fréquent; les extrémités sont froides, la face pâle; langue décolorée, douleurs vives dans les lombes, dans les parties supérieures des cuisses, dans les aines; crampes; sentiment de pesanteur du rectum; cours involontaire des urines, et écoulement fétide par la vulve; enfin, mort quelques jours après son entrée. Le traitement avait consisté en calmans, en adoucissans.

N'ayant rien trouvé à noter dans les autres organes, il ne sera question que de l'altération trouvée dans l'utérus; celui-ci avait le volume d'une tête de fœtus à terme; sa forme était ovoïde, la grosse extrémité répondait au bas-fond de l'organe et la petite au col; elle était partout régulière, et ne présentait, dans toute sa circonférence, aucune inégalité; son col était légèrement béant, régulier et uni, sans traces de déchirure ou d'enfoncement indiquant des grossesses antécédentes : on pouvait y faire pénétrer un gros stylet, avec une sorte de difficulté, dans une direction que nous indiquerons bientôt. En pressant extérieurement l'utérus, on pouvait percevoir une fluctuation obscure qui se passait dans son intérieur. Telles étaient les apparences qu'il présentait au premier aspect; du reste, les annexes et rapports n'avaient changé qu'autant que l'avait nécessité l'ampliation de l'organe.

Une incision faite sur la face antérieure de l'utérus, et de haut en bas, a bientôt pénétré dans une cavité qui va être l'objet d'une description particulière. Aussitôt l'incision commencée, il s'est écoulé un liquide purulent, légèrement sanguinolent, grisâtre, opaque, très-épais et d'une odeur assez forte ; sa quantité peut être estimée à dix onces. Après l'écoulement de cette matière purulente, on voit la matrice s'affaisser, mais non complètement ; on sent, dans l'intérieur de la cavité ouverte, un corps dur, inégal. Un examen plus attentif fit connaître que dans l'épaisseur des parois qui composent la moitié latérale droite de l'utérus, se trouvait une cavité accidentelle capable de loger plus que le poing, contenant un polype de nature fibreuse. Ce polype était de forme irrégulière, séparé à sa surface en trois lobes distincts et inégaux par des dépressions peu profondes, présentant quatre pédicules ou plutôt quatre points d'adhérence vers la partie inférieure de la cavité anormale. Ces pédicules étaient assez larges, et formaient des espèces de ponts dans leurs intervalles ; un seul a paru faire continuité immédiate avec le tissu utérin, tandis que les autres semblaient être le résultat d'adhérences morbides établies entre la tumeur et la surface interne de la cavité, par suite du travail inflammatoire non équivoque dont cette masse et les parois de la cavité ont été le siége. En effet, le polype était partout séparé de la surface interne du kyste, excepté dans les quatre points dont il a été question. La face interne de cette poche était inégale, parcourue par des espèces de colonnes superficielles, recouvertes d'une couche de fausses membranes molles, ou plutôt d'un pus concret et adhérent et d'une couleur brune obscure ; les mêmes fausses membranes, mais plus isolées, se rencontraient sur la surface du polype. Cette masse charnue était évidemment de la nature de celles auxquelles on a donné le nom de *corps fibreux de l'utérus* ; son intérieur présentait des fibres bien dessinées et circonvolutées les unes sur les autres ; sa consistance était celle de la chair musculaire, le bistouri la pénétrait facilement ; sa couleur était partout d'un rouge assez foncé ; sa superficie était plus molle que son centre ; et de très-petites cavités, à une ligne, une demi-ligne de profondeur, contenaient du pus et communiquaient le plus souvent avec l'extérieur de la tumeur. D'après sa couleur et sa consistance, il a paru que cette tumeur avait été le siége d'un travail inflammatoire. (Caillard E. G. P., *Propositions de médecine* ; *thèse*. Paris, 1833, n° 307).

Obstétrique.

Rupture de l'utérus. — Dans un travail sur la rupture de l'utérus, *causée par la difformité ou l'étroitesse du bassin*, le docteur Roberton a réuni trente-six cas, pris à diverses sources. Les suivans seulement sont nouveaux :

Obs. Ire — Le travail fut remarquable par la violence des douleurs. A minuit la tête se présentait naturellement, mais n'était pas encore engagée dans le bassin ; les membranes étaient rompues ; l'orifice de l'utérus était dilaté. La malade, en proie à une grande agitation, se plaignait de la violence des douleurs qu'elle comparait à des crampes. A 6 heures du matin les souffrances, après avoir été excessives, avaient cessé. Peau froide et visqueuse ; vomissemens fréquens ; la tête du fœtus avait descendu un peu, mais on fut obligé de la perforer pour opérer la délivrance. En pratiquant l'extraction du placenta, on put se convaincre que l'utérus était déchiré dans une grande étendue. La malade mourut le troisième jour.

A l'autopsie, on trouva une rupture de l'utérus à gauche et en arrière. Le sacrum faisait une saillie en avant, de manière à diminuer de beaucoup le diamètre antéro-postérieur du bassin. La rupture avait eu lieu douze heures après le commencement du travail.

Obs. IIe — Mary Kemp, grande, en apparence saine et robuste, âgée de 30 ans, ayant eu six enfans, nés vivans, après un travail chaque fois long et pénible, fut, à son septième accouchement, examinée par M. Roberton, le matin. L'orifice utérin était dilaté, les membranes rompues ; la tête se présentait naturellement, mais n'était point engagée dans le détroit supérieur. La lèvre antérieure du museau de tanche était si tuméfiée qu'elle fut prise d'abord pour la vessie dans un état de prolapsus ; cette erreur fut rectifiée par le cathétérisme. Ventre saillant en avant, retombant un peu. Cet état existait depuis dix-huit heures. Jusque là, les douleurs avaient été peu intenses. A 10 heures du soir l'examen fut renouvelé ; le diamètre du petit bassin avait à peine trois pouces. La malade n'avait point de fièvre ; les parties n'étaient point chaudes ; cependant il y avait des vomissemens fréquents ; les douleurs étaient excessives et sous forme de crampes (*crampy*) ; la tête ne descendait point ; craignant une rupture de la matrice, on opéra la délivrance à l'aide de la craniotomie. En explorant ensuite les parties génitales, on constata une déchirure de deux à trois pouces à la partie postérieure du col utérin. La malade guérit. Le travail avait duré vingt-cinq heures.

Obs. IIIe — Jane Cunningham, âgée de 30 ans, mince et délicate, a eu un premier accouchement difficile, mais où l'on n'eut pas recours aux instrumens. A son second accouchement, après treize heures de travail, la tête appuyant sur le périnée, la malade ressentit une vive douleur à la partie inférieure du ventre, suivie de vomissemens et de syncope. Délivrance à l'aide de la craniotomie. Hémorrhagie. Mort en peu d'heures.

La rupture s'étendait depuis le vagin, à la partie postérieure du col, jusqu'au corps de la matrice, qui était intéressé dans une certaine étendue. Le diamètre antéro-postérieur du petit bassin était diminué par la saillie du sacrum.

OBS. IVe — 37 ans; dixième accouchement; le travail étant long, le docteur Clough fut appelé le 9 novembre 1832, à trois heures du matin. Le cordon occupait le vagin; col utérin dilaté; la tête commençait à remplir l'excavation pelvienne. A neuf heures, en présence du même médecin, la malade mourut soudainement sans cause appréciable.

Le docteur Roberton assista à l'autopsie. Au côté gauche et un peu antérieur de la matrice, large ecchymose, présentant une ouverture de deux pouces, à travers laquelle une portion des membranes contenant un pied du fœtus, faisait hernie. On s'aperçut, en dilatant l'ouverture, que l'utérus s'était déchiré dans une étendue considérable, et qu'une partie du fœtus, située dans la crevasse, n'était recouverte que par les membranes et le péritoine. La déchirure s'était opérée en partie à travers le placenta; il s'était écoulé plusieurs pintes de sang qui se trouvèrent sous le péritoine dans la fosse iliaque. Derrière la symphyse pubienne, une exostose du volume d'une grosse fève diminuait le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Le travail avait duré douze heures.

OBS. Ve — 35 ans; huitième grossesse; plusieurs accouchemens laborieux; après un travail de six heures, exacerbation des douleurs; rupture de la matrice; écoulement de sang par le vagin; sensibilité extrême du ventre; défaillance; respiration précipitée, etc. Le fœtus et le placenta ayant passé à travers la déchirure dans l'abdomen, la délivrance fut opérée difficilement à l'aide de la version. La crevasse était à gauche et un peu en arrière. Le bassin était manifestement très-étroit. La malade a guéri, et depuis est devenue enceinte de nouveau.

OBS. VIe — 28 ans; cinq accouchemens; quatre enfans morts-nés; un d'entre eux attiré avec le forceps; diminution du diamètre antéro-postérieur du petit bassin par la saillie du sacrum. Six heures après un travail peu douloureux, tout-à-coup il survient une vive douleur; la malade se lève sur son lit, tombe sur ses genoux et pousse un cri violent. Immédiatement après, hémorrhagie par le vagin, vomissemens, refroidissement, pâleur, yeux éteints. Lorsqu'on voulut perforer la tête du fœtus celle-ci céda sous la pression; la version fut faite; la tête sortit avec beaucoup de peine; dans cette manœuvre le docteur Roberton crut remarquer que l'utérus était rupturé à gauche, depuis le col jusqu'au fond de l'organe. La malade mourut le secon jour. L'autopsie ne fut pas permise.

OBS VIIe — 44 ans; cinquième accouchement; les quatre premiers avaient été difficiles, mais on n'avait employé aucun instrument, et les enfans étaient vivans. Le travail commença à 11 heures du matin; à huit heures du soir les membranes se rompirent; à quatre heures, le lendemain matin, les douleurs devinrent très-violentes; à six heures

crampe excessivement douloureuse dans le ventre qui fait pousser un cri à la malade ; aussitôt vomissemens, cessation des douleurs. Alors l'orifice utérin n'était pas pleinement dilaté. A huit heures, le docteur Roberton trouva la malade pâle, vomissant abondamment, accusant une vive douleur dans l'abdomen qui était sensible au toucher. Le vertex se présentait au détroit supérieur, mais fuyait devant le doigt ; la main, retirée du vagin, était couverte de sang. Le sacrum faisait une saillie manifeste ; on remarquait, en outre, deux saillies osseuses à la face interne du pubis. En cherchant à faire la version, on reconnut que presque tout le fœtus était hors de la matrice. La tête fut extraite avec beaucoup de peine. Le placenta était tombé dans l'abdomen qui contenait beaucoup de sang. Quand le docteur Roberton retira le placenta, il sentit le fond de l'utérus déjà contracté, se contracter encore sur ses doigts. Pendant trente-six heures la malade parut aller bien ; elle mourut le matin du troisième jour.

La rupture s'étendait transversalement du côté gauche au côté droit du col, et avait intéressé les tuniques de la vessie qui était également béante. La rupture arriva dix-neuf heures après le commencement du travail.

Obs. VIIIe — 29 ans ; trois ans auparavant, accouchement heureux ; deux ans après naissance, d'un fœtus bien développé, mort-né, mais sans circonstance particulière. Etroitesse du bassin ; dix heures après le commencement du travail, rupture de la matrice à droite et en avant.

Obs. IXe — 28 ans ; saillie manifeste du sacrum ; prolapsus de la vessie ; douleurs rapprochées ; souffrances extrêmes. L'hypogastre était douloureux à la pression, surtout à droite, immédiatement au-dessus du bassin. Délivrance à l'aide de la crâniotomie ; expulsion naturelle du placenta. Le col de l'utérus était rupturé dans l'étendue de deux pouces ; la crevasse laissait à découvert la saillie sacro-vertébrale. La malade a guéri.

Après avoir ainsi réuni un certain nombre de cas de rupture de l'utérus, *causée par l'étroitesse du bassin*, le docteur Roberton donne les conclusions suivantes :

1° Le plus ordinairement la rupture a lieu avant que douze heures se soient écoulées depuis le commencement du travail. L'accoucheur doit prendre ses mesures en conséquence.

2° Rarement la rupture s'observe à un premier accouchement ; très-souvent, au contraire, à un second, un troisième, un quatrième et un cinquième.

3° La rupture occupe indifféremment toutes les parties de l'utérus ; plus souvent, peut être, la partie postérieure ; toujours elle intéresse le col.

4° Il paraît qu'en général, lorsque la rupture est causée par l'étroi-

tesse du bassin, cette difformité est due elle-même à la saillie du sacrum en avant, ce qui explique pourquoi la rupture a son siége plus fréquent a la partie postérieure de la matrice. Viennent en seconde ligne des projections osseuses situées à la face interne de la symphyse pubienne; aussi cette partie doit-elle être explorée par l'accoucheur.

5° La rupture, *par suite d'étroitesse du bassin*, est précédée de douleurs sous forme de crampes (*crampy pain*) et de sensibilité à la pression dans un point circonscrit de l'hypogastre. Cette *crampy pain* est causée par la compression de l'utérus, entre la tête du fœtus et la saillie du sacrum, ou toute autre partie osseuse proéminente. Une douleur de cette nature existait, à un haut degré, chez une femme qui offrait cette particularité, que la lèvre antérieure du col de l'utérus était considérablement tuméfiée et située beaucoup plus bas que la tête du fœtus. Le docteur Roberton fit cesser cette douleur, en faisant remonter, dans l'intervalle des douleurs, la lèvre tuméfiée au-dessus du rebord du bassin.

6° Quant à la conduite de l'accoucheur, si l'étroitesse du bassin ne rend point le passage de la tête impossible, il faut attendre; sinon, il faut perforer la tête du fœtus. Lorsque le fœtus n'est pas vivant, la crâniotomie doit être exécutée sur-le-champ. Lorsque la *crampy pain* est déterminée par la compression du col tuméfié, il faut essayer de dégager cette partie en la soulevant doucement avec le doigt. (*The Edinburgh medical and surgical Journal*, juillet 1833, p. 49).

Cause singulière d'avortement. — Une femme, qui était accouchée heureusement quatre fois, était arrivée au troisième mois de sa cinquième grossesse, lorsqu'elle fut prise d'une forte douleur, qui fut rapportée au gros intestin. Elle en souffrit jusqu'à l'époque ou elle eut une évacuation de mucosités purulentes, dont une partie s'échappa avec les selles ordinaires et dont l'autre fut rendue séparément. La douleur se porta plus loin en avant et se fit sentir du côté du pubis, se dirigeant un peu vers la région inguinale droite. Elle était assez forte pour que la femme ne pût supporter la moindre pression de ce côté du ventre. Tout l'abdomen était tendu, sensible. Une forte fièvre s'était allumée, il y avait constipation. Les urines s'écoulaient en petite quantité et déterminaient de la cuisson. Il s'était établi à travers les parties naturelles un écoulement accompagné de petites douleurs. Le vagin était chaud, sec, douloureux, la portion vaginale de l'utérus était courte, œdémateuse, et très-sensible. Le col de l'utérus était entre-ouvert. Le docteur Malin appliqua le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur. Malgré cela, il resta une douleur en arrière et au-dessus de l'arcade des pubis, qui ne disparut qu'après plusieurs applications de sangsues et l'usage prolongé des fomentations. Après deux mois d'une bonne santé, il survint des douleurs d'enfan-

tement, qui donnèrent lieu à l'expulsion d'un fœtus de cinq mois, bien formé, et n'offrant aucune trace de putréfaction. En l'examinant avec plus de soin, le médecin désigné découvrit implantée sur l'épaule gauche une arête appartenant à la queue d'un petit poisson, longue d'un demi-pouce, et une autre arête pénétrant dans la peau de la partie supérieure de la cuisse gauche. Ces arêtes doivent être considérées comme la cause déterminante de l'avortement. Les douleurs que la femme a éprouvées deux mois avant dans le gros intestin étaient causées vraisemblablement par les arêtes, qui, fixées dans les replis du gros intestin, produisirent l'inflammation et la suppuration de cet organe, sont passées dans l'utérus, et delà au fœtus. La femme avait eu une grande envie de manger du poisson, elle l'avait satisfaite, mais elle avait négligé la précantion d'enlever les arêtes. Après cet accouchement elle s'est bien rétablie. (Siebold's *journal*, T. XIII, page 538).

Académie royale de Médecine.

Maisons de détention. — La plupart des séances du mois dernier ont été remplies par la discussion du rapport de M. Ferrus sur l'état sanitaire des maisons de détention. Comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons pas cru devoir reproduire cette longue et minutieuse discussion, non qu'elle ait été toujours dénuée d'intérêt, mais parce qu'elle portait sur des objets de détails par trop spéciaux, et qu'il suffisait d'en rapporter le résultat. Ainsi l'autorité qui l'a provoquée a puisé, 1.° des avertissemens salutaires sur le mode administratif actuellement en vigueur pour les prisons, et sur les inconvéniens inséparables du système des entreprises qui aujourd'hui livre, pour ainsi dire, les prisonniers corps et bien à la merci des spéculateurs avides; 2.° des conseils motivés sur le régime alimentaire, le vestiaire, la propreté, le classement, l'isolement même des prisonniers, et surtout sur le choix et l'application des travaux auxquels ils se livrent; 3.° des avis relatifs à la fabrication du pain, pour l'avoir d'une qualité égale dans toutes les maisons de détention. Un modèle d'observation a été tracé d'après lequel devront être décrites les maladies régnantes dans les prisons, et disposé de manière à faire connaître ce qu'elles ont d'individuel ou de général. L'Académie enfin est unanimement entrée dans les vues de de sa commission en demandant au ministre à être consultée de nouveau sur toutes les améliorations dont l'état physique et moral des prisonniers pourrait être l'objet, attendu que tous les moyens proposés dans ce but portent plus ou

moins directement sur l'organisme, et ressortent dès-lors des études auxquelles l'Académie doit se livrer. Un dernier avantage produit par la publicité de cette discussion, a été d'exciter le zèle des médecins chargés du service des prisons, et qui n'avaient point d'abord envoyé leurs rapports annuels à l'autorité, et de les porter à donner à ce travail un degré de précision et d'utilité fort remarquable.

Séance du 30 *juillet*. — **Phthisie.** — M. Andral fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Pigeaux, relatif à plusieurs signes de la phthisie pulmonaire. — Adopté.

Nouveau procédé pour la ligature de la langue affectée de cancer. — M. Mirault, médecin d'Angers, et correspondant de l'Académie, lit une observation sur ce sujet. La malade était une jeune paysanne de 23 ans. La tumeur cancéreuse occupait la plus grande partie de la langue, s'étendait jusqu'au pilier du voile du palais du côté gauche, et jusqu'à six lignes de celui du côté droit. Les glandes sublinguales étaient engorgées. Par les progrès de la maladie, la langue ne tarda pas à remplir la bouche; sa face dorsale était couverte de végétations larges et pédiculées en forme de champignons; des ulcérations semées çà et et là rendaient une suppuration extrêmement fétide; du sang s'en écoulait quelquefois en abondance, etc. M. Mirault conçut deux plans d'opération; le premier consistant à lier la langue au-devant des piliers, et à l'extirper ensuite avec des ciseaux au-devant de la ligature; le second, à lier préalablement les artères linguales et ensuite à tenter l'excision. Il s'arrêta à ce dernier. Le 17 mai 1834, il procéda à la ligature de l'artère linguale du côté gauche; mais ne pouvant la trouver, il fut forcé de revenir à son premier plan, pour ce côté de la langue. Mais auparavant, il voulut tenter de lier l'artère linguale du côté droit, ce qui fut exécuté le lendemain 18 mai. Il fit au côté droit du cou une incision, du milieu de la grande corne de l'os hyoïde, au bord antérieur du sterno-mastoidien, passant à six lignes au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il parvint ainsi à l'artère, qu'il trouva un peu au-dessus du nerf grand hypoglosse. Plusieurs veines durent être liées. Après la ligature de l'artère linguale, les végétations cessèrent de croître, se flétrirent et se détachèrent facilement, mais elles laissèrent à nu une ulcération profonde de huit lignes. Le 5 juin, plusieurs hémorrhagies provenant de la surface ulcérée forcèrent M. Mirault à lier la langue. L'opération fut faite le lendemain matin. Il fit sur la ligne médiane du cou une incisien qui descendait du menton jusqu'à l'os hyoïde, et pénétrait dans l'intervalle des génio-hyoïdiens. Alors on fit tirer fortement en dehors la langue saisie avec des pinces-érignes. A l'aide d'une grande aiguille, M. Mirault traversa la langue à sa base sur la ligne médiane, fit sortir l'aiguille par la bouche, la replongea dans la bouche même, sur le bord gauche de la langue, pour la faire ressortir par la plaie

du cou. Ainsi la moitié gauche de la langue se trouvait comprise à sa base dans une anse de fil, dont les deux chefs pendant par la plaie furent serrés au moyen d'un serre-nœud. Dans la journée, il s'échappa encore du sang de l'ulcère; mais on serra la ligature, et il ne s'en écoula plus. La ligature tomba le neuvième jour. On avait enjoint à la malade de porter le doigt dans la division pour prévenir toute adhérence, aussi y eut-il là une division complète de la base de la moitié de la langue d'avec le reste de l'organe? On était sûr que les artères linguales étaient toutes deux oblitérées, et que l'excision pouvait se faire sans danger d'hémorrhagie. Mais M. Mirault préféra tenter la ligature de la seconde moitié de la langue comme il avait fait pour la première. La malade n'eut pas assez de persévérance cette fois pour glisser le doigt dans la section faite par la ligature, ensorte que les parties se trouvèrent réunies par première intention, quand la ligature fut tombée. Cependant la tumeur diminua de jour en jour. Le 9 septembre, la malade était complètement guérie. Le goût s'est conservé intact des deux côtés, malgré la section indubitable de tous les nerfs. Le procédé de M. Mirault diffère de ceux qui ont été employés jusqu'à présent. Il permet d'arriver jusqu'au *foramen cœcum*, tandis qu'en pratiquant la ligature dans l'intérieur de la bouche, on enlève tout au plus la moitié de la langue.

— M. Velpeau observe que c'est à tort que M. Mirault indique comme nouveau le procédé qu'il a suivi. Il y a cinq ou six ans, M. J. Cloquet a fait à Paris une opération semblable. — Le mémoire de M. Mirault est renvoyé au comité de publication.

Corps étranger dans l'articulation du genou. — M. le docteur Bourse présente un corps étranger qu'il a extrait de l'articulation du genou, et qui s'y était manifesté après une chute sur cette partie. Le jeune homme sujet de l'observation, étant tombé la jambe dans la flexion, sentit aussitôt une vive douleur dans le genou, et y reconnut une tumeur insolite. Il ne pouvait étendre la jambe ni se relever. Par un effort violent, il y parvint, mais dans le moment où il étendit la jambe, un bruit se fit entendre dans l'articulation, la tumeur disparut, et les mouvemens revinrent. Le gonflement qui survint fut dissipé par quelques sangsues, et l'on sentit un petit corps mobile, gros comme un pois. Plus tard, le gonflement reparut, avec de la fluctuation. Il fut combattu par les mêmes moyens, et le corps étranger fut senti de nouveau. On en fit alors l'extraction; on fut obligé de faire la section d'une bride ligamenteuse au moyen de laquelle ce corps tenait à l'intérieur de l'articulation. Le malade guérit promptement. Ce corps aplati paraît osseux, et est recouvert sur une de ses faces par une couche cartilagineuse : il est rugueux sur l'autre face. Il semble que ce soit une portion détachée de l'un des condyles du fémur. — MM. J. Cloquet et Velpeau sont chargés de faire un rapport sur cette observation.

Séance du 12 août. — M. Dupuis lit un mémoire sur les circonstances qui favorisent ou arrêtent la propagation des bêtes à laine. — Renvoyé au comité de publication.

SUTURE DU PÉRINÉE. — M. Roux communique à l'Académie le résultat d'une septième opération qu'il a faite pour obtenir la réunion du périnée. La division existait depuis six ans, et cependant le succès a été plus prompt et plus complet que dans tous les autres cas. En effet, il était toujours resté dans ceux-ci, après l'enlèvement des ligatures, une petite ouverture de communication entre le rectum et le vagin, qui ne se fermait qu'après quelque temps. Dans le cas présent, la réunion a été immédiate et la guérison complète après l'enlèvement des ligatures. La réunion a même été telle en avant, que la vulve a été un peu rétrécie.

INJECTIONS DE MATIÈRE CÉRÉBRALE DANS LES VEINES.—M. Dupuy communique de nouveaux faits sur ce sujet. Il rappelle que l'injection de matière cérébrale tue les animaux avec autant de rapidité que pourrait le faire l'acide prussique. M. de Blainville, qui a répété ces expériences, a vu périr en deux minutes et sans aucune convulsion, deux animaux, très-vieux, auxquels on avait injecté dans la veine du jarret quatre onces de matière cérébrale délayée, et à l'autopsie il a trouvé, comme à l'ordinaire, le sang coagulé dans les vaisseaux et dans le cœur, de manière que l'action de cet organe avait dû en être empêchée. En outre, lorsqu'on ouvrait la poitrine, on voyait se former à la surface des poumons des taches qu'on appelle à tort gangréneuses; ou bien, s'il en existait de petites, on les voyait prendre aussitôt une étendue considérable. — Sur la réflexion d'un des membres, M. Dupuy affirme que parmi les substances de toute nature qu'il a injectées, il n'y a que le sublimé corrosif qui produise cette coagulation du sang, sans doute en agissant sur son albumine. — M. Rochoux rappelle que MM. Gaspard et Magendie ont tué des animaux en injectant diverses substances, de l'huile, une forte solution de gomme, etc.; l'injection produisait la mort en oblitérant les vaissaux capillaires pulmonaires. La matière cérébrale agit peut-être de la même manière. —M. Dupuy réplique que dans les cas précédens il n'y avait pas coagulation du sang.

LIGATURE DE LA LANGUE. — On reprend la discussion sur l'observation de M. Mirault. M. Mirault soutient que le procédé employé par M. J. Cloquet, et qui est décrit dans le tome XIV, p. 512 des *Archives*, diffère du sien par plusieurs circonstances : 1.° en ce que ce chirurgien ne s'est pas proposé de diviser, comme lui, transversalement la langue toute entière, mais seulement une moitié; 2.° en ce qu'il a évité le sphacèle, but de l'opération de M. J. Cloquet; 3.° enfin, en ce que le malade de celui-ci est mort le troisième jour de l'opération, tandis que le sien est guéri. — M. Velpeau répond qu'il n'a pas dit que

les deux procédés fussent entièrement semblables; mais que l'idée principale appartient à M. J. Cloquet, celle de passer la ligature par une plaie faite sous le menton. — M. Lisfranc ne pense pas qu'il soit nécessaire de serrer la ligature jusqu'à division complète de la langue, ou de lier les artères linguales. Il rappelle à ce sujet une observation qu'il a consignée dans un de ses mémoires, et qui a pour sujet un avocat de Salins. L'escarre superficielle produite par la ligature de la moitié affectée de la langue étant tombée, on aperçut le tissu de l'organe sain, et la guérison de l'ulcération fut prompte. — M. Sanson ne juge pas indispensable de lier les artères linguales pour faire l'excision de la langue. On attire facilement cet organe au-dehors de la bouche, et on peut arrêter l'hémorrhagie par la cautérisation. — M. Mirault répond que l'affection à laquelle il avait affaire différait de celle dont a parlé M. Lisfranc, en ce que la tumeur chez son malade occupait toute l'épaisseur de la langue, et que d'après la difficulté qu'il a eue à arrêter une hémorrhagie par la cautérisation, après l'extirpation d'une petite partie de la langue près de sa pointe, il n'oserait agir sur sa base sans s'être préalablement assuré des artères linguales par la ligature. — M. Velpeau regarde le procédé de M. Mirault comme le meilleur pour l'extirpation complète de la langue. — MM. Rochoux et Roux élèvent des doutes sur la nature cancéreuse de la tumeur, sans contester toutefois l'indication de l'opération pratiquée par M. Mirault.

Séance du 19. — **Nouveau procédé pour la ligature de la langue.** — M. Maingault expose un procédé de ligature plus simple et plus facile, selon lui, que celui de M. Mirault. La langue est attirée au-dehors à l'aide d'une érigne. Une aiguille semblable à celle de Deschamps est plongée sur la ligne médiane en arrière des parties affectées; on en fait sortir la pointe en dedans de la bouche et sur le côté de la moitié de la langue qui doit être lié. On saisit et on arrête la ligature passée dans un chas près de la pointe de l'aiguille que l'on retire par la même voie. Pour lier la langue entière, on place de la même manière une ligature pour l'autre moitié. Ce procédé rend l'incision sous-mentale inutile. — M. Sanson affirme qu'il regarde le procédé de M. Mirault comme le meilleur. Il reproche à celui de M. Maingault d'exiger une aiguille qui, ayant une courbure toujours la même, embrassera toujours la même épaisseur de parties, trop ou trop peu.

Rapport de la commission des prix. — La commission est d'avis, à l'unanimité, qu'il n'y a pas lieu à accorder de prix cette année; qu'il convient de laisser le même sujet (*Histoire de la phthisie laryngée*) pour l'année 1836; et que la valeur du prix doit être portée à 2000 fr. au lieu de 1000. — La séance est fixée au samedi 30 août.

Rein muni de deux uretères. — Fracture des vertèbres dans la

RÉGION CERVICALE; SOUDURE DE L'ATLAS AVEC L'OCCIPITAL. — M. Breschet fait un rapport verbal sur deux mémoires de M. Lauth. Le premier a pour titre : *Observations d'anatomie pathologique*. L'une des planches qui y sont réunies représente un rein muni de deux uretères; l'uretère anormal, plus volumineux que l'autre, part de la partie supérieure du rein, et va aboutir à l'urètre, au-devant du col de la vessie. Une seconde observation a trait à une fracture des vertèbres dans la région cervicale. Non-seulement les fragmens se sont réunis entre eux, mais l'atlas s'est en même temps soudé avec l'occipital.

Le second mémoire de M. Lauth traite *de la structure du larynx*; il est renvoyé au comité de publication.

TUMEUR FONGUEUSE DU PÉRIOSTE. — M. Roux présente un humérus portant à sa partie supérieure une tumeur lardacée, fongueuse, qui parait avoir pris son origine dans le périoste. Son poids est de quinze livres. Il en a fait l'ablation par l'amputation dans l'article; l'omoplate était sain. Cependant il y avait un commencement d'ankylose entre la tête humérale et la cavité glénoïde, ce qui accrut les difficultés de l'opération. Celle-ci dura une heure et quart; le malade succomba quatre heures après.

TORSION DES ARTÈRES. — M. Amussat lit au nom de M. Trier, chirurgien en chef de l'hôpital d'Altona, une note sur la torsion des artères. L'auteur regrette que la torsion ne jouisse en France pas de plus de faveur.

Académie royale des Sciences.

Séance du 21 juillet. — PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — M. le docteur Desvignes adresse, dans une lettre, quelques observations tendant à appuyer la théorie des analogues, principalement en ce qui a rapport à l'existence des os marsupiaux chez les différens ordres de vertébrés et à l'analogie de ces os dans l'épaule.

OVOLOGIE HUMAINE. — M. Coste présente un mémoire dans lequel il s'attache principalement à prouver que jusqu'à ce jour on n'a pas étudié l'œuf humain dans les circonstances les plus favorables pour apercevoir les rapports qui existent entre son organisation et celle des œufs des autres vertébrés. Quand on l'a considéré, dit-il, il était en général descendu depuis un temps assez long dans l'utérus, et il y avait subi des transformations capables de masquer des analogies très réelles, et qui à une époque antérieure eussent pu être bien aperçues. De plus, comme cet œuf dans presque tous les cas avait été recueilli à la suite d'avortemens, il était plus ou moins altéré dans sa forme, et lorsque, faute de faire attention à cette circonstance, on regardait comme normal un état accidentel, on était conduit à trouver des différences fondamentales entre cet œuf et celui des mammi-

fères et des oiseaux. En écartant ces causes d'erreurs, on reconnaîtrait, suivant M. Coste, que la ressemblance dans l'origine est complète, et que les différences qui peuvent plus tard être signalées dans l'exagération ou l'atténuation des faits généraux sont communes à toutes les espèces.

GAZ DES EAUX THERMALES. — M. Longchamps lit un mémoire sur les gaz qui se dégagent des eaux thermales. L'auteur rappelle que bien longtemps la sortie des bulles qui s'élèvent des sources fût considérée comme une ébullition véritable, et qu'il n'y a pas encore un siècle que cette fausse idée a disparu de la science. Après la découverte de l'acide carbonique, on constata qu'il en sortait de quelques sources minérales, et en en conclut bientôt que ce gaz était toujours la source du bouillonnement quand on l'observait dans des eaux thermales. Plus tard on sentit qu'on était allé trop loin, et on crut pouvoir déduire la nature des gaz de celle des eaux qu'ils traversaient. C'est ainsi qu'on admit le dégagement d'hydrogène sulfuré dans les sources sulfureuses, assertion qui paraît à M. Longchamp au moins hasardée, si elle n'est complètement fausse.

On reconnut, il y a environ quarante ans, que certaines sources présentent un dégagement d'azote, et ce fait, confirmé plus récemment par M. Anglada, pour des eaux sulfureuses des Hautes-Pyrénées, l'a été depuis par les observations de M. Lonchamp sur les eaux de Néris et de Bourbonne-les-Bains. Le même observateur a vu à Bourbon-l'Archambault l'azote mêlé à l'acide carbonique; à Plombières, à la source du Capucin, il l'a trouvé mêlé à une portion d'oxygène moindre que celle qui entre dans la composition de l'air; ce que Priestley avait observé également dès 1772 sur les eaux de Bath. On a dit que pour les sources de Vichy, qui dégagent également un mélange d'acide carbonique avec les deux gaz précédemment nommés, la quantité d'oxygène, par rapport à l'azote, était plus considérable que dans l'air atmosphérique. M. Longchamp pense que ce mélange, dans lequel les deux gaz se trouvent sensiblement dans les mêmes proportions où les présente l'air dissous dans l'eau de pluie, provient en effet de l'eau tombée d'en haut, et qui se mêle dans la fontaine à celle provenant de l'intérieur. M. Longchamp signale à cette occasion les erreurs qui peuvent résulter, pour les expériences eudiométriques, de cet air sur-oxygéné contenu dans l'eau de la cuve pneumatique.

Nous opposions tout à l'heure l'eau provenant directement des pluies aux eaux thermales avec lesquelles elles se mêlent dans le bassin de la source. Cette distinction ne porte que sur les circonstances d'arrivage de ces eaux, et non sur leur origine, M. Longchamp étant d'opinion que toute eau thermale provient de réservoirs intérieurs qui sont alimentés par l'eau des pluies.

Le mémoire est terminé par des considérations dans lesquelles l'auteur, s'appuyant sur les nombreuses observations qu'il a faites et qui ont été en partie publiées dans son examen des eaux minérales du royaume, s'attache à faire voir qu'il ne faut pas considérer dans l'étude de ces eaux seulement les avantages qu'en peut retirer l'art de guérir, mais qu'on doit les considérer comme un moyen d'arriver à la connaissance de l'état du globe, à des profondeurs où l'investigation immédiate cesse d'être possible.

Sur la présence des miasmes dans l'air. — M. Boussingault lit la première partie de ses *Recherches sur la composition de l'atmosphère*. Cette première partie de son travail a pour titre : *Mémoire sur la possibilité de constater la présence des miasmes, et sur la présence d'un principe hydrogéné dans l'air.*

§ I. Parmi les nombreuses questions qui se rattachent à l'histoire chimique de l'atmosphère, il en est peu qui soient plus dignes d'intérêt que celle qui a pour objet les recherches de la cause d'où résulte l'insalubrité de l'air. Le principe délétère qui occasionne le plus souvent cette insalubrité est tellement fugace, il se trouve répandu en quantité si faible dans l'air que nous respirons, qu'il échappe à tous nos moyens eudiométriques, et telle est cependant son énergie que nous sommes toujours avertis de sa présence par les ravages qu'il cause.

Laissant de côté les causes qui consistent dans les températures extrêmes ou dans leur brusque variation, dans les excès de sécheresse et d'humidité, causes dont l'auteur cite des effets qu'il a observés lui-même dans quelques-uns des pays qu'il a parcourus, nous arriverons à la cause la plus fréquente d'insalubrité, celle qui est principalement considérée dans ce mémoire. Elle se développe constamment là où la matière végétale morte est exposée à l'action de la chaleur et de l'humidité ; elle est propre à tous les pays chauds et marécageux, surtout aux points où il se fait un mélange d'eaux douces et d'eaux salées. Elle se manifeste avec une grande énergie dans les lieux nouvellement défrichés, et tant qu'il reste à pourrir quelque portion des souches dont les tiges ont été abattues.

Dans tous les pays marécageux les précautions hygiéniques recommandées par les habitans sont les mêmes ; on prévient les étrangers de ne pas s'exposer à la rosée qui se dépose immédiatement après le coucher du soleil. Partout aussi on a observé qu'une différence de niveau souvent très-légère met une habitation à l'abri de l'influence délétère qui s'exerce au fond de la vallée. De tous ces faits qui sont bien constatés, on a conclu que la matière organique végétale, en se décomposant sous l'influence d'une forte chaleur et d'une humidité constante, produit des miasmes. On a, par les mêmes raisons, supposé que l'air malsain est le plus pesant ; enfin on a admis que les miasmes se déposent

en partie avec la rosée qui, dans les pays chauds et humides, se forme en abondance immédiatement après le coucher du soleil.

Partant de cette supposition, Moscate entreprit de condenser l'eau dissoute, dans le but d'y rechercher le principe qui occasionnait le mauvais air. Ses expériences furent faites dans les rizières de la Toscane; l'eau qu'il fit déposer sur un corps froid et qu'il recueillit en assez grande abondance, d'abord liquide, présenta bientôt des flocons qui présentaient les propriétés des matières animalisées. En 1812, M. Rigaud Delille fit dans les marais du Languedoc des expériences analogues avec un appareil un peu différent, et obtint une eau qui se putréfiait aisément, contenant alors des flocons de matière azotée et donnant avec le nitrate d'argent un précipité qui passait promptement au pourpre. Il chercha à établir par des expériences sur des animaux l'action délétère de cette eau prise à l'intérieur et voulut y voir la cause de certaines épizooties. M. Boussingault n'admet pas cette dernière conclusion, ayant vu souvent, dans les Llanos les plus insalubres de l'Amérique, le bétail manger sans inconvénient l'herbe chargée de cette rosée.

En 1819, M. Boussingault se trouvant dans le département de l'Ain, remarqua que l'acide sulfurique placé dans le voisinage d'une marre où rouissait du chanvre, noircissait promptement, tandis que loin de ce centre de putréfaction il ne noircissait au contraire que très-lentement. A cette époque il y avait sur un très grand nombre de points des rouissages de chanvre, et la fièvre régnait dans les campagnes. Il était probable que la maladie des hommes et la couleur noire de l'acide étaient dus à une même cause, à la présence dans l'air d'une matière organique qui se charbonnait par l'effet de l'acide sulfurique. M. Boussingault fit en conséquence des expériences assez nombreuses destinées à constater l'efficacité de ce moyen pour indiquer la présence des miasmes dans l'air.

Plus tard, se trouvant en Amérique, dans des lieux très-insalubres, il reprit, conjointement avec M. Rivero, les mêmes expériences dans les environs de Valencia, et il vit l'acide sulfurique concentré prendre en douze heures une teinte noire très-prononcée; mais bientôt il renonça à ce moyen, s'étant aperçu que les nombreux insectes qui remplissent l'air des tropiques contribuaient peut-être plus que tout autre chose à noircir l'acide en venant s'y charbonner. Ce fut seulement en 1829 que M. Boussingault se trouvant à Cartago, dans le Cauca, lieu où l'on a souvent à souffrir des miasmes que le vent y apporte des parties supérieures de la vallée, recommença sur de nouveaux frais ses expériences en modifiant son procédé.

« Peu après le coucher du soleil, je posai, dit-il, deux verres de montre sur une table placée au milieu d'un pré marécageux. Dans l'un des verres, je versai de l'eau distillée chaude, afin d'en mouiller

la surface et de lui communiquer une température supérieure à celle de l'air. Le verre froid, en abaissant sa température par l'effet du rayonnement nocturne, ne tardait pas à se couvrir d'une rosée abondante. Le verre chaud ne pouvait évidemment condenser de rosée. En ajoutant une goutte d'acide sulfurique distillé dans chaque verre, et évaporant à sec à la chaleur d'une lampe, on voyait toujours une trace de matière charbonneuse adhérente au verre dans lequel la rosée s'était déposée, tandis que le verre qui n'en avait pas reçu était parfaitement net après la volatilisation de l'acide.

« Cette manière d'opérer présentait l'avantage d'exiger peu de temps, et si un moustique venait à tomber dans l'eau des verres, il était facile de l'enlever avant de faire agir l'acide. J'avais opéré comparativement en deux vases à différentes températures pour répondre aux objections que l'on a pu élever contre les expériences de Moscate, en prétendant que les matières organiques, les poussières qui voltigent dans l'air avaient bien pu se fixer à la surface humide de son matras; or, dans mes expériences, la poussière organique, s'il y en avait eu, aurait dû également s'attacher à la surface de l'eau distillée chaude, et dans ce cas l'acide sulfurique aurait dû produire une trace charbonneuse. C'est ce qui n'eut point lieu. Je continuai ces expériences pendant plusieurs soirées; mais bientôt je ressentis sur moi-même l'impression des miasmes dont je cherchais à constater la présence. Je fus atteint d'une fièvre qui me força d'interrompre mes recherches. »

L'auteur cependant reprit ses expériences à la Vega de Supia. Le village de Supia occupe le fond d'une étroite vallée, sujette à de fréquentes inondations. Dans ce lieu humide et chaud les fièvres sont très fréquentes.

Les expériences dont nous avons parlé plus haut n'avaient pour résultat que de démontrer, dans l'air des lieux marécageux, la présence d'une matière organique qui se dépose avec la rosée, et n'indiquaient absolument rien quant à la quantité de cette matière; il fallait donc chercher un moyen qui donnât des mesures.

En admettant *à priori* que le miasme contient, comme toute matière organique, de l'hydrogène au nombre de ses élémens, on pouvait prétendre, sinon à le doser lui-même, du moins à déterminer le poids d'hydrogène qui pouvait entrer dans sa composition. Pour arriver à ce but, M. Boussingault faisait passer un poids donné d'air mal sain bien désséché à travers un tube de verre chauffé au rouge. A cette haute température le miasme se brûlait, son hydrogène formait de l'eau qui était recueillie dans un tube contenant du chlorure de calcium. En pesant ce tube avant et après l'opération, on avait la quantité d'eau qui s'était formée, et partant la quantité d'hydrogène qui était nécessaire à sa formation. Au reste, cette expérience si simple

dans l'énoncé présentait à l'exécution de grandes difficultés; il fallait en effet être sûr d'opérer sur de l'air parfaitement sec, autrement on se serait exposé à prendre pour de l'eau dépendant de la combustion du miasme, de l'eau purement hygrométrique. Nous dirons plus tard, en décrivant l'appareil, comment cette cause d'erreur a été écartée.

Dans le courant de juillet 1830, M. Boussingault fit, suivant ce procédé, un certain nombre d'expériences. Un volume d'air, dont le poids variait de 305 à 310 grammes, produisit plusieurs fois jusqu'à 0,150 d'eau, équivalent à 0,005 d'hydrogène. Les chaleurs ayant continué, le sol se dessécha chaque jour davantage; la quantité d'eau donnée par un même volume d'air diminua de plus en plus. Vers la fin de juillet, on n'obtenait plus que 0,012 d'eau représentant 0,0013 d'hydrogène.

Ce résultat était conforme avec ce qu'on sait relativement à l'insalubrité de l'air dans ces climats, insalubrité qui est le plus marquée pendant les premiers temps qui suivent la cessation des pluies, et diminue à mesure que le dessèchement devient plus complet.

Dans toutes ces expériences, l'air insalubre se rendait directement dans le tube chauffé au rouge, après avoir traversé un long tube rempli de fragmens de chlorure de calcium; mais si, avant de faire pénétrer l'air dans le tube chauffé, on le lavait, le faisant passer à travers une couche d'acide sulfurique, on n'en obtenait plus de traces sensibles d'eau; la matière organique était restée dans le liquide. Quelquefois, à la vérité, l'expérimentateur crut remarquer une légère augmentation de poids dans le tube à chlorure destiné à recevoir l'eau formée dans l'opération; mais quelquefois aussi ce tube perdit en pesanteur, ce qui arrivait quand le chlorure qu'il renfermait n'était pas fondu. C'était cependant une chose importante que de savoir si dans l'air que nous respirons, lorsqu'il est dépouillé des miasmes proprement dits, il existe encore un principe hydrogéné. Les expériences commencées à la Vega de Supia n'ayant pu être continuées assez long-temps pour éclaircir ce dernier point, l'auteur du mémoire s'en occupa de nouveau après son retour en France.

On avait autrefois admis la présence de l'hydrogène dans notre atmosphère; on le plaçait, en raison de sa légèreté dans les régions élevées. C'était à sa combustion que l'on attribuait l'apparition des météores lumineux; on alla jusqu'à voir dans ce phénomène la cause du bruit du tonnerre et l'origine de la pluie. Cette hypothèse ne pouvait se soutenir qu'à une époque où l'on ignorait que la différence de densité n'est pas un obstacle au mélange intime de deux gaz. L'analyse de l'air recueilli par M. Gay-Lussac à une prodigieuse élévation ayant prouvé que l'air des régions élevées avait sensiblement la même composition que celui qu'on respire à la surface de la terre, il fallait admettre que s'il existait de l'hydrogène dans l'atmosphère, ce ne

pouvait être que dans une proportion assez limitée pour échapper à l'analyse.

M. Théodore de Saussure, dans ses recherches sur l'acide carbonique atmosphérique, est arrivé récemment à soupçonner la présence d'un gaz combustible dans l'air, en faisant détonner un mélange de gaz hydrogène pur et d'air atmosphérique privé de son acide carbonique; il a toujours obtenu, après la combustion, de nouvel acide carbonique. Les expériences de ce célèbre chimiste laissent dans l'indécision sur la nature du gaz combustible qui produit cet acide; mais il y a lieu de croire que c'est ou de l'hydrogène carboné ou du gaz oxyde de carbone. M. de Saussure incline pour la dernière opinion; M. Boussingault, au contraire, a été conduit par ses nouvelles expériences à préférer la première.

Pour ces expériences qui ont été faites à Paris dans les mois de mars, avril et mai, l'auteur s'est servi d'un appareil semblable à celui dont il avait fait usage en Amérique, mais qu'il rendit plus sensible en substituant au chlorure de calcium, destiné à absorber l'eau produite pendant la combustion du principe hydrogéné, de l'asbeste imbibée d'acide sulfurique concentré.

L'air, en sortant du gazomètre, traverse une couche d'acide sulfurique; il se dessèche ensuite en passant à travers un tube de dix pieds de long, rempli de fragmens de chlorure de calcium; il entre delà dans un premier tube *a* rempli d'asbeste imbibée d'acide sulfurique, qui lui enlève les dernières portions d'humidité qui auraient échappé à l'action dessiccante du chlorure, puis dans un second tube *a'* dont nous dirons bientôt l'usage, et qui est également rempli d'asbeste imbibée d'acide sulfurique.

Il passe ensuite dans un tube de verre vert rempli de tournure de cuivre récemment calcinée et que l'on entretient au rouge. Dans ce tube, l'air acquiert une température suffisante pour que la combustion de l'hydrogène, quand il en existe, s'effectue; dans ce cas, il y a formation d'eau qui se condense dans un tube *a''*, rempli comme le tube *a'* d'asbeste imbibée d'acide sulfurique. Puisque c'est par l'eau recueillie dans ce dernier tube *a''* que l'on arrive à conclure l'existence d'un principe hydrogéné dans l'air et à doser l'hydrogène, on conçoit qu'il faut avant tout démontrer que cette eau ne peut avoir d'autre origine que celle de la combustion du principe hydrogéné dans le tube incandescent.

La première objection qui se présente, c'est que l'eau déposée dans le tube *a''* peut provenir d'une petite quantité d'humidité qui aurait échappé à l'action dessiccante du chlorure de calcium et de l'acide sulfurique contenu dans le tube *a*. C'est pour éviter cette cause d'erreur que M. Boussingault a placé entre ce tube *a* et celui qui repose sur le fourneau le tube *a'*, qui, comme nous l'avons dit, est disposé

tout-à-fait comme le tube a'' et a les mêmes dimensions. Ces deux tubes sont pesés avant et après l'opération. Maintenant si le tube a'', qui reçoit l'air après que la combustion de l'hydrogène a dû avoir lieu, augmente constamment de poids, tandis que le tube a' qui l'a reçu avant la combustion n'augmente pas sensiblement, il semble évident que l'eau reçue en a'' a dû se former pendant que l'air traversait le tube chauffé au rouge. Dans plusieurs des expériences, a' a augmenté en poids d'une très-petite quantité; mais l'augmentation de a'' a toujours été infiniment plus considérable. Nous avons dit que ces deux tubes étaient de même dimension, et cela était nécessaire pour prévenir une objection; car si a'' avait présenté à l'air une plus grande surface que a', on aurait pu soutenir que l'excès de poids présenté constamment par le tube a'' était dû à son excès de surface. Cette objection eût été faisable au moins toutes les fois que a' augmentait de volume, puisqu'il était évident alors que l'air, en arrivant dans ce tube, conservait encore quelque trace d'humidité, et que rien ne prouvait qu'à la sortie il en fût complètement dépouillé.

On pouvait encore imaginer que l'eau recueillie en a'' provînt de l'humidité adhérente à la surface intérieure du tube à combustion ou bien à la tournure de cuivre calcinée contenue dans son intérieur; mais pour lever tout scrupule à cet égard, il suffira de dire qu'avant de commencer l'opération on commençait par porter le tube au rouge, qu'alors on le fixait au tube a' et que ce n'était qu'après avoir fait passer 15 à 20 litres d'air qu'on l'unissait au tube a''.

Dans plusieurs des expériences, et toutes ont duré de 15 à 18 heures, on a pesé le tube a'' à différentes époques de l'opération. On a reconnu ainsi que la quantité d'eau formée était toujours à peu près proportionnelle à la quantité d'air qui avait traversé l'appareil. Il est clair que si l'eau reçue en a'' fût provenue de l'humidité accidentelle, loin d'être en relation avec le volume d'air soumis à l'expérience, elle eût bientôt cessé de se produire, et que par conséquent les dernières pesées du tube a'' n'eussent plus fait reconnaître d'augmentation de poids. On peut donc admettre que l'air privé d'humidité, chauffé au rouge, donne naissance à une petite quantité d'eau; d'où il faut conclure qu'il existe dans l'air un principe hydrogéné.

L'auteur entre dans le détail des expériences qu'il a faites. Nous ne pouvons qu'en indiquer les résultats en termes généraux. Dans celles qui ont été faites pendant les dix premiers jours d'avril, la quantité d'hydrogène trouvée dans l'air s'est soutenue un peu au-dessus de 0,0001. A partir du 11, cette quantité s'est généralement soutenue au-dessous de 0,0001. Ces variations, quelquefois assez considérables, sont-elles réelles ou bien proviennent-elles de l'imperfection du procédé? c'est un point sur lequel l'auteur n'ose pas se prononcer. Il se peut, dit-il, que faisant traverser l'appareil par un courant d'air trop rapide, une portion de l'air produite par la combustion du prin-

cipe hydrogéné soit soustraite à l'action dessiccante du tube a''. Il se peut aussi que l'hydrogène contenu dans l'air, surtout dans l'air d'une grande ville, varie en proportion d'un jour à l'autre.

M. Boussingault se livre en terminant à des considérations sur la nature probable et sur l'origine du principe hydrogéné, dont ses expériences paraissent démontrer l'existence. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette partie de son mémoire, qui n'est pas purement conjectural, et qui contient au contraire un grand nombre d'observations intéressantes, relatives principalement à la météolorogie des pays tropicaux. Les discussions auxquelles il se livre relativement à la nature du gaz, le conduisent à un résultat qu'il exprime dans les termes suivans : « M. de Saussure est arrivé dans ses recherches à constater dans l'air la présence d'un gaz combustible à base de carbone ; de mon côté, je crois avoir démontré par les expériences qui font le sujet de ce mémoire, que l'air renferme une très-petite quantité d'un principe hydrogéné. Il me semble naturel d'admettre, en combinant ces deux résultats, que l'atmosphère contient probablement une faible portion d'hydrogène carboné. »

VARIÉTÉS.

Nomination de M. Velpeau, *à l'une des chaires de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris.*

Les services si nombreux que M. Velpeau a rendus à la science et à l'enseignement, ont enfin été récompensés dans le nouveau concours ouvert à la Faculté pour la chaire laissée vacante par la mort du professeur Boyer. Toutefois la place lui a été vivement disputée par de dignes concurrens, surtout par M. Sanson, auquel des travaux recommandables, une réputation d'habile praticien et des épreuves solides, acquirent dans le scrutin définitif assez de suffrages pour ne laisser à son heureux compétiteur que la stricte majorité. Ce partage presqu'égal des membres du jury entre MM. Sanson et Velpeau nous semble assez motivé par les qualités diverses qui recommandaient au même titre ces deux concurrens. M. Blandin a paru avec plus d'éclat dans ce concours que dans les précédens, et a suivi de bien près ceux que nous venons de nommer. M. Bérard jeune y a montré les qualités qui l'avaient fait déjà distinguer. Quant à M. Lisfranc, nous n'aurions pas parlé de sa candidature, si elle n'avait été assez maladroitement soutenue, et par l'approbation bruyante de quelques élèves de première année qu'un genre tout particulier d'éloquence attire aux leçons cliniques de ce professeur, et par les bulletins pompeux d'un journal qui se montre ordinairement plus habile dans les thèses équivoques qu'il aime par fois à soutenir. Les improvisations de M. Lis-

franc n'ont été ni puissantes, ni magnifiques; ses argumentations n'ont été ni admirables ni écrasantes. Nous avons recueilli des notes assez précises sur les leçons et les argumentations de ce concurrent pour, au besoin, donner sur ce sujet plus que des assertions. Quant à la thèse présentée au concours par M. Lisfranc, ainsi qu'à la polémique dont elle a éte le sujet, et qui a été si légèrement et si cavalièrement jugée dans le même journal, nous n'avons qu'à remarquer le rôle ridicule qu'y a joué M. Lisfranc. Nous regrettons d'avoir à nous prononcer ainsi sur un homme qui eût pu certainement disputer la chaire mise au concours, s'il n'eût pas perdu une partie de ses talens à obtenir des succès d'un autre genre. Mais l'espèce d'ovation qui lui a été faite par un journal que distingue un véritable mérite de rédaction, et qui n'a pas accoutumé le public à une grande indulgence de sa part pour les compétiteurs dans les concours de chirurgie, nous faisait presque un devoir d'exprimer ce qui a été senti et dit par tous ceux qui ont suivi le concours et d'en justifier le résultat.

— Nous annonçons avec empressement le cours clinique que va faire de nouveau M. Ferrus, médecin de l'hospice de Bicêtre, sur les maladies du systême nerveux. Si la médecine a fait des progrès et peut en espérer de plus grands, elle le doit principalement à l'étude toute spéciale qu'ont fait de chacune de ses parties les hommes que leur position ou leur génie portait à s'y consacrer presqu'exclusivement. La nécessité de la division du travail s'applique parfaitement à une science aussi difficile et anssi compliquée que l'est la médecine. Sous ce rapport on ne peut que féliciter M. Ferrus de fournir aux élèves en médecine l'occasion d'étudier des maladies sur lesquels ils n'ont guères, en sortant des écoles, que des connaissances théoriques. Le cours de M. Ferrus commencera lundi 7 septembre, à trois heures de l'après-midi, rue de l'Ecole de Médecine, N.° 11, amphithéâtre, N.° 3.

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletin médical de Bordeaux. Tome I.er, ann. 1833-1834, N.os 1 à 50.

Ce journal a été créé à Bordeaux par M. le docteur Cazenave, qui en est le rédacteur gérant. Le premier numéro a paru le samedi 20 juillet 1833, et, depuis cette époque, les autres numéros se sont succédés exactement le samedi de chaque semaine. Nous avons sous les yeux les cinquante numéros qui forment la première année de cette publication intéressante.

Les rédacteurs de ce journal, frappés des services rendus à l'art de guérir par la presse médicale, et surtout par la publication des faits

bien observés dans les hôpitaux de la capitale, ont pensé, avec raison, qu'ils pourraient contribuer à l'instruction des praticiens et à l'avancement de la science, en donnant de la publicité aux faits dignes d'intérêt qui se présentent, en grand nombre, dans le bel hôpital de Bordeaux. Tel est l'objet du *Bulletin médical de Bordeaux*; tel est l'exemple que les médecins de tous les grands hôpitaux de la France devraient s'empresser d'imiter. Il résulte du plan adopté pour la rédaction de ce journal, qu'on n'y trouve aucun travail de longue haleine, mais presque exclusivement des observations médicales ou chirurgicales. Parmi ces observations, plusieurs, comme on devait s'y attendre, offrent peu d'intérêt, nous les passerons sous silence. D'autres méritent l'attention des médecins; nous choisirons, parmi celles-ci, les plus importantes, et nous en donnerons le titre, avec les indications suffisantes pour qu'on puisse les retrouver dans la collection. D'autres enfin sont assez remarquables pour que nous en reproduisions des extraits. Nous regrettons que le peu d'espace nous oblige à en réduire le nombre aux plus intéressantes.

Nous avons noté particulièrement les faits suivans:

Anévrysme de l'artère fémorale, opéré avec succès; par M. Moulinié; pag. 5. — Les diamètres de la tumeur étaient très étendus; près des deux tiers inférieurs de la longueur de la cuisse et les deux tiers de sa circonférence étaient envahis. Des douleurs violentes se faisaient ressentir; la peau était tendue, rouge, luisante; des mouvemens *diastaltiques*, largement étendus, frappaient tellement les regards que l'exercice du tact ou de l'ouïe devenait superflu pour fixer le diagnostic. — Méthode d'Anel; procédé de Jones, actuellement suivi par la plupart des chirurgiens anglais. — M. Moulinié cite, à cette occasion, plusieurs faits très-défavorables à l'emploi de la glace dans le traitement des anévrysmes.

Myélite chronique de la portion supérieure de l'axe spinal, guérie par l'électricité. — Obs. par M. Bermond. Pag. 7. — Aucun phénomène morbide du côté des organes abdominaux, thoraciques et encéphaliques. Les fonctions sensitives et locomotrices des membres supérieurs étaient seules lésées. Ces membres paraissaient très-lourds au malade et tombaient par leur propre poids, ce qui les faisait paraître plus longs; fourmillement à-peu-près constant; mouvemens de totalité impossibles; ceux des doigts fort difficiles, douloureux; sensibilité presque nulle. — Un des conducteurs de l'électromètre de Lanne fut placé sur la portion de la colonne vertébrale qui correspond à l'origine des plexus brachiaux, et l'autre conducteur alternativement porté sur tous les doigts de l'une et l'autre mains; de cette manière la commotion se faisait ressentir dans tout le trajet des nerfs du bras. Sept séances, qui eurent lieu en vingt-deux jours, et qui duraient chacune dix minutes ou un quart d'heure, suffirent pour rétablir le sentiment de ces parties et favoriser la locomotion. La guérison a été parfaite.

Chorée guérie par les anthelmintiques et les purgatifs alternés. Obs. par M. Dubroca; pag. 11.

Mutilation de l'avant-bras et de la main sans douleur, chez une somnambule, nécessitant l'amputation. Obs. par M. Moulinié; pag. 13. — Marie Pan, entrée à l'hôpital St.-André, le 18 juillet dernier, offrait une multitude de plaies transversales à l'avant-bras et à la main; il était impossible d'en fixer le nombre tant elles étaient rapprochées et se confondaient dans certains endroits. La plupart des tendons extenseurs faisaient saillie de la longueur d'un ou deux pouces; les os paraissaient brisés dans plusieurs points. Cette femme était allée la nuit (dans un état de somnambulisme), dans un grenier pour couper du bois avec une serpe; croyant couper ce bois, elle s'était hachée l'avant-bras et la main jusqu'à ce que, évanouie, elle se fut laissée tomber sur le sol baignée dans son sang. Elle n'avait éprouvé aucune douleur; il lui semblait seulement être piquée par des épingles.

Commotion des nerfs sacrés; diminution de la contraction musculaire; exaltation de la sensibilité. Obs. par M. Gachet; pag. 16.

Polype fibreux supposé n'être que pharyngo-nasal; ligature; mort. Clinique de M. Moulinié. Obs par M. Cazenave; pag. 25. — Le polype avait son insertion principale à la base de l'apophyse ptérigoïde, et offrait trois embranchemens : l'un dans le pharynx, le second dans la fosse zygomatique droite. On remarquait, en outre, un lobule formant une dépression assez prononcée sur l'apophyse ptérigoïde ellemême. La ligature n'avait embrassé que la portion pharyngienne du polype, tout près de l'apophyse basilaire de l'occipital. Cette portion était piriforme, de la grosseur d'un œuf de poule ordinaire, entourée d'une membrane fibreuse très-résistante. A l'intérieur, elle était fibreuse, très-dure et cancéreuse. Cinq jours après la ligature, cette portion du polype s'était détachée en partie et, tombant sur l'épiglotte avec le sang qui s'écoulait, avait failli faire périr le malade, qui parut succomber à une violente pharyngo-laryngite dont on trouva des traces sur le cadavre.

Empalement par les voies sexuelles avec déchirure du vagin et du péritoine. Guérison. Obs. par M. Rey. pag. 26. — Thérèse Mathieu, âgée de 19 ans, étant au haut d'un foinier, voulut descendre en se laissant glisser sur ses fesses. Elle rencontra, dans sa chute, la pointe d'un long morceau de bois terminé par un crochet, qui était implanté verticalement dans un monceau de foin. Cette pointe, se trouvant en rapport avec la vulve, y pénétra pendant que la queue de l'instrument arcboutait contre le sol. La glissade se continuant, le vagin et le péritoine furent dechirés, et l'instrument pénétra dans l'abdomen dans une très grande longueur. Malgré tout ce que cette situation avait d'horrible, la jeune personne conservait toujours ses facultés intellectuelles. Elle raconta que, pour éviter d'être embrochée par l'instru-

ment, elle avait changé la direction de sa chute en se laissant tomber sur le côté droit. Avant d'appeler des secours elle chercha à arracher le corps étranger. Des douleurs intolérables l'empêchèrent de continuer ses efforts. Des matrones accoururent et firent de fortes tractions sur le manche, qui eurent pour effet d'implanter la pointe du crochet dans les parties molles du petit bassin jusqu'à son embranchement avec le tige de l'instrument. Le docteur Rey trouva la malade dans l'état suivant : elle était couchée en supination; sa tête touchait un des murs du galetas; à sa gauche était le foinier; à droite une ouverture du plancher qui servait d'entrée; une longue tige de bois sortait de la vulve et dépassait beaucoup ses pieds. Le manche de l'instrument fut charbonné avec un fer incandescent à quelques pouces de la vulve. On put, dès-lors, faire transporter la malade dans son lit. Quoique les douleurs eussent cessé d'être aussi violentes qu'au moment de l'accident, cependant, huit heures après, les traits de la face commençaient à se gripper, les yeux s'enfonçaient dans l'orbite, les lèvres et les ailes du nez se resserraient et se recouvraient d'une teinte plombée, le pouls s'affaiblissait, etc. Après plusieurs tentatives inutiles, M. Rey, se rappelant les préceptes des accoucheurs, songea à mettre en rapport le plus grand diamètre de l'instrument avec le plus grand diamètre de l'excavation pelvienne. Pour cela, il imprima au corps étranger un quart de cercle de rotation qui porta la pointe latérale du crochet derrière le pubis et la vessie; son index, appuyé sur ce crochet, préservait les tissus de toute fâcheuse atteinte. La dernière difficulté qui restait à surmonter, était l'abaissement de cette pointe au-dessous de l'arcade des pubis. Il y parvint, en faisant peser fortement sur l'extrémité extérieure du manche, dans le but de déprimer la commissure postérieure des grandes lèvres; dès-lors, l'extraction fut terminée. Le traitement fut rigoureusement antiphlogistique. Le trente-deuxième jour la malade était totalement guérie et se livrait aux travaux de la campagne.

Deux observations de cyanose, l'une confirmée par l'autopsie, l'autre présumée par l'identité des symptômes et se terminant par la disparition de la couleur bleue; par M. Chandru; pag 30. L'auteur de ces observations se trompe lorsqu'il dit que la cyanose est une véritable affection à part, qui a pris rang dans les cadres nosologiques. Le mot *cyanose* ne peut encore exprimer qu'un symptôme, la coloration bleue de la peau; ce symptôme, appréciable à l'extérieur, n'a point besoin d'être confirmé par l'inspection cadavérique. Si une lésion constante, toujours la même, produisait cette coloration bleue, ce serait un motif, non pour admettre definitivement le mot *cyanose* comme le nom de cette maladie ou disposition anormale, mais, au contraire, pour le faire disparaître et le remplacer par le nom de la lésion elle-même.

Éruption variolique à la peau; répercussion; accidens survenus au

cerveau et aux poumons. Emploi de la pommade stibiée : guérison. Obs. par M. Bermond. pag. 30.

Paralysie du côté gauche de la face, guérie par la strychnine. Obs. par M. Lanelongue. pag. 39. — Quatre grains de strychnine suffirent pour la guérison, administrés à la dose d'un huitième de grain par jour, alternativement à l'intérieur et sur le derme dénudé. L'auteur admet que la portion dure de la septième paire était seule affectée, parce que la motilité était détruite et non la sensibilité. (Magendie, Ch. Bell, Shaw, Serres).

Duodénite intense, exactement circonscrite, avec complication vermineuse : convulsions répétées : mort. Obs. par M. Chandru. pag. 42.

Trois observations curieuses de pneumatocéphale externe. Pag. 45. — Ces observations, rares et extrêmement intéressantes, n'appartiennent point au *Bulletin médical de Bordeaux* ; la première est extraite du *recueil des travaux de la Société médicale de Tours*, deuxième trimestre de 1833. La seconde, des *Medical observations*, v. VI, p. 192, et la troisième du *Recueil des actes de la Société de santé de Lyon*, v. Ier, pag. 31. Dans ces trois cas un gaz épanché entre le crâne et les tégumens avait largement décollé ces derniers ; les os étaient cariés ; la guérison a eu lieu par le recollement de la calotte aponévrotique sans exfoliation sensible. Dans la première observation, le gaz épanché fournit à l'analyse tous les caractères du gaz acide carbonique.

Ramollissement général du cerveau, baigné partout de sérosité ; canal creusé dans l'épaisseur du lobe moyen gauche, faisant communiquer le ventricule latéral avec le conduit auditif de l'oreille interne complètement désorganisée ; anasarque ; mort. Obs. par M. Chandru. Pag. 61.

Péritonite chronique ; ascite ; trente ponctions ; guérison. Obs. par M. Dubroca. Pag. 74.

Cystotomie sus-pubienne et suture de la vessie ; par M. Cazenave. Pag. 82.

Ulcères cancéreux du visage, guéris avec la pommade d'hydriodate de potasse combinée avec l'opium ; par M. Bermond. Pag. 90.

Grossesse extra-utérine abdominale. Obs. par M. Pereyra. Pag. 113. — Vive frayeur au moment du coït ; aussitôt douleur profonde dans le ventre, un peu au-dessus de l'aîne gauche, qui persista dans toutes les positions et dura quelques jours avec la même intensité. Les premiers mois de la grossesse se firent remarquer par de vives douleurs dans l'abdomen. Le fœtus resta près de dix ans dans le ventre.

Calculs biliaires nombreux ; rupture de la vésicule ; passage des calculs dans le colon transverse ; guérison. Obs. par M. Bermond. Pag. 123.

Cas remarquable de paralysie. Obs. par M. Chabrely. Pag, 132.

Héméralopie causée par une fièvre quarte, guérie par le sulfate de quinine. Récidive ; guérison complète par le même remède. Obs par M. Lanelongue Pag. 135.

Paralysie du membre supérieur droit, guérie par l'électricité; par M. Bermond. Pag. 143. — La maladie débuta par de violentes palpitations suivies de congestions cérébrales, et de paralysie du bras droit.

Vaginite avec écoulement très-abondant et fétide d'une matière limpide et incolore, occasionnée par le séjour d'une éponge dans le vagin. Obs. par M. Cazenave. Pag. 150.

Grossesse extra-utérine; gastrotomie; par MM. Lapeyre et Moulinié. Pag. 177. — L'opération entreprise quand la tumeur était sur le point de s'ouvrir, fut promptement suivie de la mort.

Dysenteries chroniques guéries à l'aide de l'opium; par M. Gachet. Pag. 181.

Les observations, dont on vient de lire le titre ou des extraits, ont été choisies sur près de cent cinquante, qui forment le premier volume de ce recueil important.

Mémoire sur les vaisseaux lymphatiques de la peau, des membranes séreuses, du tissu nerveux et musculaire; par V. Fohmann, *professeur à l'Université de Liège.* Liége, 1833; in-4.°, avec dix planches gravées.

L'auteur, qui s'est placé au premier rang parmi les anatomistes, par ses travaux sur la communication des lymphatiques avec les veines, en 1821, et par sa belle anatomie des lymphatiques des poissons, en 1825, publie maintenant une série de mémoires sur la distribution des absorbans dans les divers tissus. Le premier de ces mémoires représentant les lymphatiques du placenta et du cordon ombilical, a paru en 1832. Digne émule de Mascagni, M. Fohmann a consacré les plus belles années de sa vie à l'étude de ce système vasculaire si généralement existant dans les animaux vertébrés, mais si varié dans ses formes quand on l'examine dans les différentes classes ou dans les différens organes. Mais M. Fohmann dépasse de beaucoup son illustre devancier, en ne se contentant pas seulement d'examiner la disposition des troncs des lymphatiques, mais en recherchant la distribution de ces vaisseaux dans le tissu même des organes. Il est vrai que Mascagni a senti de son côté que c'est là le point qu'il nous importerait le plus de connaître, et il a décrit et représenté ces premières origines, tant dans son grand ouvrage sur les lymphatiques que dans le prodrôme de sa grande anatomie. Un examen attentif de ces travaux de l'anatomiste italien, ne tarde pas toutefois à nous convaincre, que ce grand homme a le plus souvent été en butte à des illusions d'optique, toutes ses recherches sur les premières origines des lymphatiques ayant été faites au microscope et sur des pièces non injectées. Les planches de Mascagni sur

l'objet qui nous occupe, doivent donc pour la plupart être considérées comme non-avenues. M. Fohmann est parti d'un tout autre principe : son extrême habileté à injecter les lymphatiques lui a bientôt fait reconnaître qu'il est le plus souvent possible de faire pénétrer, soit du mercure, soit de l'air, jusque dans les premières origines de ces vaisseaux. Dès-lors, il a pu annoncer avec certitude que les canaux qu'il représente sont réellement des absorbans, parce qu'il a su démontrer leur liaison avec les gros troncs vasculeux qui évidemment appartiennent à ce système.

La dernière distribution des lymphatiques varie dans chaque organe, comme on l'observe aussi pour les vaisseaux sanguins. A la différence de ce que l'on avait en général admis jusqu'à ce jour, M. Fohmann fait voir que les lymphatiques ne naissent pas le plus souvent par des *radicules libres*, mais par des *plexus anastomotiques* dépourvus de valvules, d'autant plus fins et plus serrés qu'on se rapproche davantage de la face libre des membranes tégumentaire muqueuses et séreuses. Il ne peut donc pas y avoir des orifices ouverts à l'extrémité des vaisseaux; ces orifices organiques, si toutefois ils existent, ne pouvant se trouver que dans les parois des vaisseaux.

Ce mémoire est accompagné de planches soigneusement gravées. La première représente les lymphatiques et la peau du sein; la seconde, ceux du scrotum, de la peau de la verge et ceux du gland; la troisième, ceux de la muqueuse de l'œsophage et de l'estomac; la quatrième planche représente les lymphatiques de la muqueuse de l'iléon; la cinquième, ceux de la muqueuse du colon; la sixième, les lymphatiques de la membrane muqueuse de la langue, du larynx, de la trachée et des bronches; la septième, ceux de la vessie urinaire et de l'urètre; sur la huitième, sont représentés les lymphatiques de l'enveloppe séreuse du cœur; sur la neuvième, ceux de la plèvre recouvrant le diaphragme et ceux qui forment des gaînes autour des fibres de ce muscle; enfin, l'auteur représente sur la dixième planche, les lymphatiques de l'arachnoïde et de la pie-mère.

Nous nous sommes à dessein bornés à ce court exposé, bien convaincus que les anatomistes voudront par eux-mêmes prendre connaissance de cet important ouvrage, dans lequel l'auteur indique avec détail toutes les manipulations au moyen desquelles il a réussi à faire ses préparations. Et nous nous hâtons d'ajouter, qu'ayant répété quelques unes des injections indiquées par l'auteur, telles que celles de la peau du scrotum. de la verge et du gland, de la muqueuse de l'œsophage, de la langue, du larynx, de la trachée et des bronches, et de la plèvre recouvrant le diaphragme; nous avons trouvé les dessins de M. Fohmann parfaitement conformes aux pièces que nous avions devant nous; ce n'est que dans la dernière distribution des lymphatiques dans l'enveloppe séreuse du cœur, que nous avons

trouvé l'arrangement des vaisseaux un peu moins régulier que ne le représente la figure ; mais il se pourrait que cela tînt à une différence individuelle. E. A. Lauth.

Abhandlung über die Melanose des Augapfels; c'est-à-dire, *Dissertation sur la mélanose du globe de l'œil ; par* J. B. Pruscha, *docteur en médecine*, etc. Vienne, 1831. In-8.° de 39 pages, avec une planche lithographiée.

La première moitié de cet opuscule est consacrée à l'anatomie et à la physiologie de la choroïde et de l'iris. Cette partie n'offre rien de propre à l'auteur.

Dans la partie pathologique, M. Pruscha, après avoir énuméré les différentes maladies qui peuvent affecter la choroïde et l'iris, s'arrête à l'inflammation des veines de ces membranes. Cette inflammation, qui est surtout occasionnée par la blessure des parties, leur refroidissement, l'impression d'une lumière trop vive, et l'exercice trop violent des yeux, se manifeste par une forte diminution de la vue, une chaleur désagréable à l'œil et dans les parties environnantes, la lenteur dans les mouvemens de l'iris, le gonflement du bord pupillaire : plus tard la pupille précédemment dilatée se rétrécit, devient anguleuse et moins noire, l'iris paraît convexe et plus foncée en couleur, la sclérotique prend près de la cornée une couleur livide ; on y aperçoit des vaisseaux variqueux ; le globe de l'œil est plus dur, les sécrétions sont diminuées, et la vue est tellement affaiblie, que les malades ne distinguent plus les objets que comme enveloppés d'un nuage grisâtre. Cette inflammation se termine par la résolution, ou s'étend aux autres parties du globe de l'œil, ou donne lieu à des exsudations lymphatiques, à des dégénérescences variqueuses, à la cirsophthalmie, à la *mélanose*.

Après avoir ainsi établi la cause de la mélanose du globe de l'œil, M. Pruscha rappelle brièvement l'histoire de la mélanose en général, et montre que ce sont principalement les médecins français qui ont fait connaître cette altération morbide. Passant ensuite à la mélanose du globe de l'œil, l'auteur la divise en externe et interne.

La *mélanose externe* a son siège à la surface extérieure de l'œil, le plus souvent entre la conjonctive et la sclérotique, où elle forme une tumeur inégale, bosselée, qui acquiert peu-à-peu le volume d'une noisette, et ressemble à ce qu'on a appelé *staphyloma racemosum*, (qu'on nommerait plus convenablement procidence ou hernie multiple de l'iris), mais s'en distingue par sa couleur brune et par son siège. Cette tumeur, abandonnée à elle-même, détruit l'œil et amène un trouble considérable dans l'économie. L'inflammation qui se manifeste plus tard couvre la tumeur de lymphe et de pus, et la rend

difficile à reconnaitre. L'iris n'est visible qu'au commencement de la maladie ; plus tard cette membrane est entraînée dans la dégénérescence. Il s'écoule de la tumeur un liquide brun, épais, mêlé de grumeaux friables.

La *mélanose interne* se manifeste par une tache brune située derrière la pupille au fond de l'œil : peu-à-peu cette tache devient plus apparente, forme une tumeur qui s'avance, comprime le crystallin et les autres parties, et occasionne l'obscurcissement du premier. L'inflammation se déclare alors, la couleur de l'iris change, la pupille se rétrécit, mais laisse apercevoir derrière elle la couleur brune de la tumeur. Celle-ci contracte des adhérences avec l'iris, qu'elle pousse en avant ; la cornée perd sa transparence, s'enflamme, puis se confond avec la tumeur ; il en arrive de même aux autres tuniques de l'œil. Cependant avant que la maladie n'ait atteint ce degré, de petites tumeurs mélanées se développent sur la sclérotique, la cornée et la conjonctive. Lorsque outre le globe de l'œil les parties environnantes sont affectées, tout l'organisme en souffre, une fièvre d'un caractère nerveux se déclare et amène ordinairement la mort. Abandonnée à elle-même, la mélanose de l'œil détruit le plus souvent cet organe, et porte le trouble dans l'organisme en général.

Le traitement de la mélanose consiste à en prévenir le développement par les moyens propres à combattre l'inflammation des veines de l'œil ; les évacuations sanguines générales et locales, les fomentations froides sur l'œil, les médicamens émolliens et résolutifs, les décoctions de guimauve, de chiendent, avec addition de nitre, de sulfate de magnésie ou d'autres sels neutres : la diète, et dans les cas d'irritation légère du système vasculaire, le calomel, les antimoniaux et la digitale, sont les principaux moyens à employer.

Une fois que la mélanose est développée, il n'est plus possible de la résoudre. L'extirpation du globe de l'œil peut seule alors empêcher que la maladie ne s'étende à d'autres parties ; elle doit par conséquent être pratiquée lorsque la constitution et les forces du malade sont bonnes.

M. Pruscha termine son mémoire par deux observations de mélanose du globe de l'œil. Chez les deux malades, qui étaient des femmes, et qui entrèrent à la Clinique ophthalmologique de Vienne, le professeur Rosas fit l'extirpation du globe de l'œil affecté. Trois et six mois après l'opération, les deux femmes ne présentaient aucun symptôme d'une nouvelle mélanose. L'un des yeux extirpés, dont le dessin est ajouté à l'observation, n'offrait dans son intérieur aucune trace de rétine, de corps vitré, de crystallin, ni d'iris ; tout était tranformé en une matière brune-noirâtre, parcourue de fibres très-fixes ; la partie de la tumeur qui avait traversé la cornée se détacha et se dissout complètement dans l'eau, qu'elle colora en brun-noirâtre. —

Dans l'œil de la seconde malade, la partie interne de la choroïde était seule affectée de mélanose; la rétine et le corps vitré se trouvaient transformés en une matière brunâtre demi-fluide; le crystallin était légèrement obscurci, l'iris d'un bleu sale, la cornée normale, mais poussée vers le plancher inférieur de l'orbite, la choroïde était changée en une masse brune-grisâtre, résistante et vasculeuse.

J'ajouterai à l'extrait que je viens de donner de la dissertation de M. Pruscha, que dans un cas de mélanose j'ai vu la maladie commencer par une tumeur brune-noirâtre à la partie la plus déclive de la chambre antérieure; cette tumeur augmenta peu-à-peu, et finit par remplir toute la chambre antérieure. Aussi long-temps que la pupille n'avait pas été masquée, la vue s'était conservée.

Trois années après le commencement de la maladie, des tumeurs mélanées se développèrent entre la conjonctive et la sclérotique, à la partie inférieure du globe de l'œil. Depuis une année la maladie reste stationnaire; Il paraît même que dans l'intérieur de l'œil la maladie rétrograde, car on aperçoit de nouveau la partie supérieure de l'iris. Les douleurs violentes qui accompagnèrent le développement de l'affection se dissipèrent au bout de quelques mois. Les seuls moyens que j'aie mis en usage sont les ventouses scarifiées, les vésicatoires et les laxatifs. Une chose remarquable, c'est que pendant l'existence de cette mélanose il est survenu au même œil une inflammation de la conjonctive avec ulcération de la cornée; accidens qui sont restés sans influence sur la maladie principale, et ont cédé assez rapidement à des instillations d'une solution de sublimé avec addition de laudanum liquide de Sydenham. STOEBER.

The Anatomy and Physiology of the liver (Anatomie et Physiologie du foie; *par* FRANCIS KIERNAN, *membre du Collège royal des chirurgiens, etc.* Extrait des *Philosophical Transactions*. Londres, 1833; in-4.°, pp. 59. Quatre planches.

Ce travail important se recommande à toute l'attention des anatomistes. L'auteur, avant d'offrir le résultat de ses propres recherches, donne sous forme de résumé peu étendu les idées de Malpighi et des autres écrivains qui se sont occupés de l'anatomie fine du foie. Voici, en peu de mots, la description du docteur Kiernan : Les veines hépatiques, considérées avec les lobules qui les entourent, offrent beaucoup de ressemblance, sous le rapport de l'arrangement, avec les branches et les feuilles d'un arbre; ces lobules, en effet, sont disposés autour des petites ramifications de ces veines comme le parenchyme d'une feuille autour de ses nervures. Les veines hépatiques peuvent être divisées en deux classes; 1° celles qui sont contenues dans les lobules; 2° celles qui sont renfermées dans les canaux formés par l'ar-

rangement des lobules. La première se compose de branches interlobulaires, ou plutôt intra-lobulaires, dont une occupe le centre de chaque lobule et reçoit le sang d'un plexus formé dans le lobule par la veine porte. La seconde classe comprend toutes les veines renfermées dans les canaux cités plus haut; on y trouve un grand nombre de petites branches, ainsi que les troncs volumineux qui s'ouvrent dans la veine cave. La surface externe de chaque lobule est recouverte par une expansion de la capsule de Glisson, qui a pour double effet de réunir ces lobules et de les isoler les uns des autres; dans cette expansion membraneuse se ramifient les branches du conduit hépatique, de la veine porte, et de l'artère hépatique. Les dernières branches de l'artère hépatique se terminent dans celles de la veine porte, où le sang du premier ordre de vaisseaux se mêle avec celui du second. C'est de ce mélange que les lobules séparent la bile qui est charriée par les conduits hépatiques dont les divisions accompagnent les principales ramifications de la veine porte. Le sang est ensuite porté vers le cœur par les veines hépatiques, dont l'origine occupe le centre de chaque lobule, et qui, réunies en troncs, versent leur contenu dans la veine cave inférieure. Ainsi, le sang qui a circulé dans l'épaisseur du foie, et qui a perdu en conséquence son caractère artériel, est versé dans la veine porte conjointement avec celui qui revient des autres viscères abdominaux, et fournit sa part de matériaux à la sécrétion biliaire.

Du traitement médical des calculs urinaires, et particulièrement de leur dissolution par les eaux de Vichy et les bi-carbonates alcalins; par Ch. Petit, *D. M., inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.* Paris, 1834.

Le docteur Petit, s'appuyant sur quelques recherches d'érudition et sur les travaux des chimistes et physiologistes modernes les plus célèbres tant en France qu'à l'étranger, a réuni dans sa brochure à peu près tout ce que nous savons sur la formation, la nature chimique et le traitement médical des calculs urinaires. Ce médecin, comme on peut le prévoir, donne la préférence aux eaux de Vichy sur tous les autres moyens internes, pour le traitement de cette affection. Aussi sa brochure se résume-t-elle en grande partie dans ces phrases : « M. d'Arcet me disait dernièrement : Si j'avais la pierre, mon premier mouvement serait certainement d'en être affecté; mais je crois que je me consolerais facilement. Je tâcherais, par les moyens indiqués en pareil cas, d'en connaître la nature, et j'examinerais si je ne pourrais pas en découvrir la cause dans mon régime, afin de le changer s'il était mauvais. *J'irais ensuite à Vichy*, où je ferais usage des eaux en boisson et en bains, etc., etc. » pag. 56.

Il y a toutefois une chose fort importante à signaler dans la brochure de M. Petit ; ce sont ses efforts pour démontrer que les calculs urinaires sont susceptibles d'être dissous par des moyens internes, *dans la plupart des cas*, (pag. 25). Le médecin qui parviendrait à rendre inutiles la lithotomie et les appareils lithontriptiques, sinon dans tous les cas, du moins dans certaines conditions bien déterminées, rendrait un service immense à la science et à l'humanité. M. Petit est admirablement placé pour faire des observations sur ce sujet intéressant. Recueillir des faits nombreux, revêtus de tous les caractères de l'authenticité, est une tâche digne d'un médecin instruit et observateur, et c'est le seul moyen d'éclairer ce point obscur de thérapeutique.

Encyclopédie des Sciences médicales. — Première division : Anatomie et Physiologie. — *Livraisons* 1, 2, 3 *et* 4. — Paris, 1834.

«...... La science se compose de milliers de monographies ou traités particuliers, et des travaux répandus dans les Journaux de médecine, dont le nombre s'élève à plus de deux cents. — Rassembler tous ces matériaux appartenant aux diverses branches de l'art de guérir, les résumer dans de grandes proportions, en faire un tout régulier, général et complet pour chacune de ces branches, tel est le but de l'*Encyclopédie des Sciences médicales.* » (*Prospectus*).

Ce but est honorable ; mais est-il possible de résumer toute la science médicale dans vingt-cinq volumes, en admettant que ces vingt-cinq volumes équivalent à cent volumes ordinaires?

Nous avons sous les yeux les quatre premières livraisons de cette nouvelle publication ; elles contiennent la plus grande partie de l'anatomie descriptive de Bichat. Aucune note n'a été ajoutée à cette partie des OEuvres du célèbre physiologiste.

Du reste, nous ne pouvons former aucun jugement sur l'*Encyclopédie des Sciences médicales.* En effet, nous ne pouvons savoir, d'après le peu qui a paru, quel est l'esprit qui presidera à sa direction, et au choix des traités, mémoires, etc., qui doivent être reproduits. Nous attendrons donc, pour la juger, qu'elle soit suffisamment avancée.

Clinique médico-chirurgicale du professeur Lallemand, *recueillie et rédigée par MM.* E. Verdier *et* A. Marchall, *élèves en médecine ; revue par M.* Lallemand. In-8.° Paris et Montpellier. 1.re livraison ; avril 1834, pp. 48.

Cette première livraison a pour sujet les *blennorrhagies chroniques.* Nous rendrons compte de ce nouveau recueil, qui se recommande par le nom de M. Lallemand, quand les livraisons seront assez nombreuses pour qu'on puisse s'en faire une idée exacte.

FIN DU TOME V DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE
DES MATIÈRES DU TOME V,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

